

BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE E DESAFIOS COM POPULAÇÃO DE RUA E POPULAÇÃO VULNERÁVEL COM AGRAVO NA SAÚDE MENTAL



BOAS PRÁTICAS E DESAFIOS NA ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Carmen Lúcia Albuquerque de Santana ORCID: 0000-0002-6148-6230
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Marta Regina Marques Akiyama
Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto

INTRODUÇÃO

A Pandemia da Covid-19 exacerbou a crise habitacional, evidenciando a falta de moradia como um drama social crescente no Brasil e no mundo. Viver em situação de rua é um marcador de risco para exclusão social extrema e está associado a vários problemas de saúde física e mental. Ter um local seguro para morar é necessidade básica para manter a saúde e a dignidade de qualquer pessoa.

Relatórios internacionais apontam que cerca de 2% da população do mundo vive sem um teto para morar. Outros 20% carecem de moradia adequada. A obtenção de números precisos sobre “Pessoas em Situação de Rua” (PSR) é difícil, principalmente devido a grandes variações nas metodologias de contagem utilizadas nos diversos países. Existem inúmeras barreiras para avaliar as dimensões e implicações da falta de moradia. A primeira delas é o alto custo das pesquisas censitárias. Além disso, as PSR muitas vezes evitam as pesquisas por vergonha ou medo de serem presas e assediadas⁽¹⁾. Atualmente, estima-se que 150 milhões de pessoas em todo o mundo vivem em situação de rua.

A saúde da PSR reflete a precariedade de suas condições de vida: a falta de moradia, uso abusivo de álcool e outras drogas, dificuldades de acesso a trabalho formal, baixos níveis de escolaridade, elevada exposição à violência doméstica, inexistência de políticas de inclusão social para egressos do sistema penitenciário e pobreza. As pessoas em situação de rua (PRS) têm grandes necessidades de cuidados de saúde e sociais.

A literatura internacional apresenta inúmeras intervenções para melhorar a saúde física e mental das Pessoas em Situação de Rua (PSR), no entanto poucas práticas são baseadas em evidências ou incidem diretamente na elaboração de políticas públicas sustentáveis. Ao pensarmos o cuidado para esse grupo social é importante lembrar que atrás de cada número, estatística, perfil e porcentagem existe alguém, um rosto, um nome, uma história. São corpos atravessados pelo preconceito, pela vulnerabilidade social e econômica, vínculos familiares rompidos ou fragilizados, dependência, abusos e violência.

O conceito de “lar” é amplo, estendendo-se para além do abrigo físico para ser um lugar de segurança e pertencimento, central para o engajamento social e cultural⁽²⁾. Assim, as respostas políticas podem favorecer a abordagem dos determinantes estruturais como por exemplo, ofertas de habitação ou emprego; ou centrar-se em intervenções no comportamento individual que procuram tornar os indivíduos aptos a saírem da situação de rua quando têm alguma oportunidade.

Considerando a importância de um cuidado integral e longitudinal, o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil prevê a existência de equipes de atenção primária específicas para a PSR: os Consultórios na Rua (CnaR). Nesse relato de experiência, apresentaremos uma inovação social que foi implementada no contexto dos CnaR da cidade de São Paulo, anterior à pandemia da COVID 19: a contratação de pessoas com experiência de vida nas ruas como parte da equipe de saúde. A prática aborda tanto o nível individual quanto os elementos estruturais da saúde, fornecendo emprego às PSR, assim como permitindo um cuidado culturalmente sensível aos usuários dos serviços na atenção primária.

A POPULACAO EM SITUACAO DE RUA NO BRASIL

As definições de PSR variam enormemente entre os países. No Brasil utilizamos a definição da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR). Segundo a PNPR¹ a população em situação de rua é:

“grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória”

A PNPR utiliza o termo “situação de rua”, ao invés de morador de rua. Esta escolha foi feita a partir do entendimento de que “viver na rua” não deve ser definitivo, mas apenas uma situação transitória. “Situação de Rua” refere-se, portanto, a um estado pontual, em oposição ao “Morador de Rua”, que remete à ideia de permanência, condição definitiva de morar na rua.

O Brasil nunca realizou uma contagem oficial da população em situação de rua em nível nacional. A averiguação do número total da população não-domiciliada não é incluída no censo demográfico decenal, nem nas contagens populacionais periódicas. A falta de informações é uma barreira para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas a este grupo, reproduzindo sua invisibilidade nas políticas sociais. No entanto, com base nas informações do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) em 2020 foram estimadas mais de 221.869 pessoas vivendo em situação de rua no Brasil⁽³⁾.

Na ausência de dados nacionais, alguns municípios do país realizam suas próprias pesquisas específicas censitárias e de caracterização das PSR. A mais recente foi realizada em 2021 pelo Município de São Paulo, capital brasileira com maior número de pessoas em situação de rua. São Paulo tem realizado pesquisas censitárias desde o ano 2000, seguidas dos censos de 2009, 2011, 2015, 2019 e 2021 com resultados iniciais publicados em 2022. Dados do censo da PSR de São Paulo confirmam a magnitude do problema⁽⁴⁾.

Como veremos no quadro 01, entre 2019 e 2021 houve um aumento de 31% de pessoas em situação de rua em relação ao censo anterior, enquanto a população domiciliada cresceu 1,2% no mesmo período.

Quadro 1. População em Situação de Rua em São Paulo 2000-2021 (SMADS,2021)

Características	2000	2009	2011	2015	2019	2021
Pessoas em situação de rua	8.706	13.666	14.478	15.906	24.344	31.884
Acréscimo em relação ao censo anterior		57,0%	5,9%	9,9%	53,0%	31,0%
População do município de São Paulo	10.434.252	11.037.590	11.303.626	11.504.120	12.252.023	12.396.372
Acréscimo da pop em relação ao ano anterior		5,8%	2,4%	1,8%	6,5%	1,2%
Pessoas em situação de rua por 100 mil/hab.	83	124	128	138	199	257

Fontes: Censos da População em situação de rua - SMADS e censos/estimativas IBGE.

1 Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm

A SAÚDE DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

A mortalidade prematura da população em situação de rua é alta² com taxas de mortalidade estimadas entre três e dez vezes maiores do que na população geral. A prevalência de doenças físicas, mentais e de uso indevido de drogas e álcool são as mais altas, mesmo quando comparadas a outros grupos sociais marcados pela pobreza (Reilly & Williamson, 2022). As causas de morte incluem infecções, doenças cardiovasculares, transtornos por uso de substâncias e acidentes⁽²⁾.

As pessoas em situação de rua são vulneráveis à exposição e a contraírem várias doenças infecciosas. Isso se deve às dificuldades relacionadas aos modos de vida na rua, incluem por exemplo:

- Dificuldade em manter a higiene pessoal,
- Dificuldade em obter alimentação adequada,
- Privação do sono
- Exposição às variações climáticas,
- Necessidade de permanecer em ambientes lotados e mal ventilados como por exemplo nos Centro de Acolhida,
- Pobreza extrema,
- Envolver-se em trabalho sexual,
- Baixa procura e dificuldade de acesso aos serviços públicos,
- Usar de forma nociva o álcool e outras substâncias psicoativas,
- História de vida no sistema prisional,
- Falta de moradia,

As pesquisas sobre doenças infecciosas na população em situação de rua (PSR) têm seu maior foco em Hepatite, Tuberculose (TB), Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Pouco se estuda sobre a hanseníase na PSR.⁽⁵⁾

Por outro lado, a falta de moradia em si é um fator de risco para transtornos mentais e de uso de substâncias. Viver nas ruas significa enfrentar constantes fatores de estresse, perda de conectividade social, ameaças constantes à integridade física e vitimização. Os efeitos podem ser especialmente negativos em crianças, para as quais a falta de moradia pode significar perda da estabilidade familiar, interrupções na frequência escolar ou no desempenho escolar e isolamento de colegas. O acesso a local para morar durante e após o tratamento reduz o risco de recaídas, as situações de violência, hipotermia ou hipertermia, doenças infecciosas e outros riscos.

No Município de São Paulo mais da metade dos acolhidos e dos moradores de calçada passou por internação em alguma instituição (54% e 64% respectivamente). Entre os acolhidos destacam-se as clínicas de recuperação de dependência de drogas ou álcool (30%) e o sistema prisional (28%), além de instituições psiquiátricas (11%) e Fundação Casa (10%)³.

A violência é fator determinante para vários diagnósticos de saúde das PSR. O termo “Violência estrutural” descreve os arranjos sociais que colocam a pessoa em perigo devido à exclusão sistemática ao longo do tempo. Esses arranjos são considerados estruturais porque estão embutidos na organização política e econômica de nossa sociedade; eles são violentos porque causam danos às pessoas. A violência estrutural se manifesta como acesso desigual aos sistemas sociais de apoio, à moradia, assistência médica, educação e emprego. Apesar do impacto dessas estruturas sobre os pacientes, com poucas exceções, os profissionais

2 Taxa de mortalidade prematura refere-se à mortalidade de pessoas entre 30 a 69 anos pelos principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis – DCNTs: doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)

3 Disponível em https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/censo/1862%20-%20PRODUTO%209%20-JUL%2015.pdf

de atenção primária não são treinados para atuar neste contexto. Reduzir a violência estrutural é um passo importante no sentido de alcançar a equidade na saúde⁽⁶⁾.

O CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

A ausência de moradia afeta todos os aspectos da vida de qualquer pessoa, é considerada determinante da saúde e elemento estruturante cuidado em saúde das PSR. Ter um lugar para morar significa contar com abrigo nas intempéries, possuir local para estocar alimentos, ter acesso a água, um espaço seguro para reunião familiar e integração social. A falta de moradia adequada tem impacto direto no acesso à educação, trabalho e segurança. Ter um local para morar é primordial para sensação de estabilidade, fundamental para o senso de pertencimento e identidade. Pessoas em situação de rua têm difícil acesso aos benefícios garantidos pelas políticas públicas, inclusive os recursos de saúde⁽⁷⁾.

No Brasil temos uma Política Nacional de Saúde que prevê a existência de equipes de atenção primária à saúde específicas para as PSR: os Consultórios na Rua (CnaR). As equipes de CnaR tem objetivo de ampliar o acesso aos serviços da saúde e da rede intersetorial, operando o cuidado longitudinal das pessoas em seus processos de vida, integrando e articulando ações com diferentes equipamentos da rede, constituindo uma porta de entrada para o SUS⁽⁸⁾.

As equipes de Consultórios na Rua foram instituídas pela Política Nacional de Atenção Básica por meio da Portaria nº 122 de 2012, e fundamentadas na Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR) de 2009. A PNPR assegura os direitos das pessoas em situação de rua no país a acessarem serviços e programas que integram diversas políticas públicas (Akiyama et al 2021). Os CnaR desenvolvem suas atividades “in loco”, de forma itinerante, com ações compartilhadas e integradas às UBS, aos CAPS, Serviços de Urgência e Emergência entre outros pontos de atenção. São equipes multiprofissionais geralmente compostas por: médico generalista, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de enfermagem, psicólogo, assistente social, agentes sociais e agentes de saúde, profissional administrativo e motorista⁽⁹⁾.

O CnaR deve atuar como elo entre a população em situação de rua e os diversos serviços que podem compor a rede de cuidado. As ações e os diferentes serviços de saúde e da rede intersetorial devem ser articulados a partir das demandas e necessidades individuais e coletivas, considerando o território que habitam nas ruas e os recursos nele existentes. A Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência será aquela mais próxima do local de permanência da pessoa em situação de rua, ou, do local de atuação⁽¹⁰⁾.

O trabalho se desenvolve com base na escuta qualificada, e no acolhimento às demandas trazidas pelas pessoas em situação de rua. Os CnaR se constituem portanto, como uma “porta de entrada” para o SUS a partir do encontro entre o profissional da equipe de saúde e a pessoa na rua. Após esse primeiro contato se inicia o processo de cuidado individual, as articulações com a rede intra e intersetorial, e o planejamento das ações de prevenção e promoção de saúde Akiyama, 2021

No âmbito do cuidado à saúde mental, os CnaR também integram o componente “atenção básica” na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) operando frente aos problemas relacionados ao álcool, crack e outras drogas⁽¹⁰⁾.

A assistência em saúde oferecida pelo CnaR está direcionada para acolher demandas diversificadas e complexas, considerando a “saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção de saúde e no resgate da qualidade de vida, com intervenção nos fatores que a colocam em risco”, abrangendo também atendimento para problemas ou complicações advindas do abuso de álcool e outras drogas.

A PSR atendida pelo CnaR tem acessado os serviços com mais frequência nos últimos anos, porém ainda se depara com grandes desafios para a efetivação do acesso. Barreiras encontradas são de diversas ordens como: dificuldade de chegar ao serviço por não ter dinheiro para transporte público, dificuldade para realizar matrícula nos serviços pela ausência de comprovante de residência, dificuldade para agendar consultas pela

ausência de documentos de identificação, atendimento negado pelo profissional de saúde pela ausência de banho, maus tratos relacionados por estigma e preconceito dos profissionais de saúde, entre outras violações de direitos humanos⁽¹¹⁾.

Além da humilhação e discriminação, outros tipos de violência moral e física são frequentes entre as PSR. Os moradores de calçada são vítimas de violência sempre em maior proporção que os acolhidos. Entre os autores dos diversos tipos de violência destacam-se: agentes de segurança pública e privada, traficantes, transeuntes, e comerciantes. Muitas pessoas em situação de rua praticam agressões contra seus pares. Eles são acusados de todos os tipos de violência, em proporções elevadas, como a prática de roubos/furtos; o espancamento/luta corporal, tentativa de homicídio e abuso sexual. As equipes de CnaR são fundamentais para denunciar violações de direitos humanos vividas cotidianamente dentro e fora dos serviços de saúde.

Para saber mais sobre o processo de trabalho das equipes de consultório na rua consulte o Documento Norteador dos Consultórios na Rua. Trata-se de um documento referência, produzido de forma participativa por diversos atores sociais envolvidos na atenção primária às PSR, contendo diretrizes e princípios para organização do processo de trabalho das equipes CnaR. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/documento%20norteador%20Consultorio%20na%20Rua%20Versao%20Final.pdf>

O trabalho com PSR impõe desafios e desloca os limites do espaço terapêutico para um contexto não-estruturado, que frequentemente apresenta situações imprevistas. A literatura não traz abordagem terapêutica única, e recomenda uma oferta variada de serviços. Lidar com esta complexidade exige muita flexibilidade, especialmente nos contatos iniciais, e um plano de tratamento ou prevenção centrado na pessoa, que alcance às diferentes dimensões do sujeito. O sucesso terapêutico deve ser definido individualmente. A abordagem multidisciplinar é fundamental nestes casos, pois cada área do conhecimento é dotada de perspectivas e possibilidades de intervenções singulares. Além do conhecimento técnico, o auto-conhecimento, capacidade de trabalhar em equipe, humanização, criatividade e flexibilidade são elementos essenciais nos processos de trabalho⁽¹²⁾.

TRABALHO COM PARES NO ATENDIMENTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DOS CONSULTÓRIOS NA RUA NA CIDADE DE SÃO PAULO

A inserção do apoio de pares (peer support) tem sido descrita na literatura internacional como estratégia positiva para promoção de mudanças de comportamento em vários setores por décadas. Nos cuidados de saúde em geral, contamos com definições e modelos muito claros de apoio dos pares. Nos cuidados de HIV em particular, existem estratégias padronizadas de apoio de pares com base em duas décadas de pesquisa. Na área da saúde mental, por outro lado, temos evidências crescentes dos benefícios do trabalho com pares (Peer Support Workers), indicando uma melhora significativa nos atendidos especialmente na visão de si mesmo, do processo de recuperação e no senso de empoderamento para as pessoas que receberam apoio de pares em comparação com os cuidados habitual⁽¹³⁾.

Um conjunto de evidências mostra a importância dos determinantes sociais da saúde (DSS), como moradia, educação, emprego e posição social para alcançarmos uma boa saúde, e há um consenso global em torno da urgência da ação nesses determinantes⁽²⁾. O trabalho e / ou a educação são metas básicas para a maioria das PSR. São fontes de novos significados para vida, promovem uma autoestima positiva, neutralizando a desmoralização cotidiana que acomete este grupo. Uma rotina de trabalho fornece uma estrutura diária e condições pessoais e financeiras para que a pessoa não volte para rua⁽¹⁴⁾.

A maioria das PSR, incluindo aquelas com transtornos mentais severos, gostaria de trabalhar. A iniciativa pioneira de contratar pessoas que estiveram ou ainda se encontram em situação de rua como parte das equipes de Consultório na Rua geridas pelo Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto (BOM PAR) em Parceria com a Secretaria Municipal da Saúde da cidade de São Paulo (SMS-SP) constitui uma inovação social testada com potencial de incidir na construção de uma política pública para a PSR verdadeiramente intersectorial, na medida em que integra saúde, educação e trabalho.

A Stanford Social Innovation Review⁴ conceituou a inovação social como “o processo de inventar, garantir apoio e implementar novas soluções para necessidades e problemas sociais, dissolvendo fronteiras e intermediando o diálogo entre os setores público, privado e o terceiro setor”. Murray et al definem inovação social como um conjunto de novas ideias (produtos, serviços e modelos) que simultaneamente satisfazem necessidades sociais e criam relações ou colaborações sociais. Em outras palavras, são inovações que, ao mesmo tempo, são boas para a sociedade e aumentam a capacidade da sociedade de agir⁽¹⁵⁾.

A inovação social aqui consiste em oferecer (como parte de uma política única de contratação) a oportunidade de empregabilidade às pessoas que estiveram ou ainda se encontram em situação de rua. No Bom Par a contratação para o cargo de Agente de Saúde (ACS) envolve processo seletivo, e os selecionados seguem os critérios necessários para admissão. Ao serem admitidos com contrato formal de trabalho muitas oportunidades e acessos de bens e serviços se tornam possíveis, através de apoio institucional e parcerias da instituição como por exemplo a possibilidade de voltar a estudar e até mesmo cursar uma universidade.

Após 14 anos de trabalho obtivemos os seguintes resultados:

- 80% dos ACS saíram das ruas e hoje moram por conta própria,
- 28% ACSR ingressaram na Faculdade,
- 95% retomaram contato com a família,
- 70% voltaram a estudar/ cursos,
- 75% retomaram seus projetos de vida. ⁽¹⁶⁾

MARCOS INICIAIS

“O trabalho do agente comunitário é uma resposta de oração minha, pois já vi muitos amigos meus morrerem nas ruas. E as pessoas passando assistindo tudo e ninguém fazia nada. Muitos dos meus amigos morreram como animais na rua, ninguém chegava nem perto”.

(Agente de saúde – Bom Par)

Essa iniciativa teve seu início como um projeto piloto, em outubro de 2004: O “Projeto A Gente na Rua”. Na ocasião foi assinado o primeiro protocolo intersetorial para atendimento à saúde na atenção Básica em São Paulo. O projeto foi desenhado a partir de uma ação voluntária de dois professores da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) na Casa Restaura-me: o enfermeiro Queiroz (Enfermeiro Filadelfo Queiroz Santos) e o médico Nunes Abreu.

O Projeto A Gente da Rua vinha para suprir necessidades em saúde específica para pessoas em situação de rua. Também foi uma resposta da sociedade ao “Massacre da Sé” (uma série de atentados que causaram a morte de 7 pessoas em situação de rua da Praça da Sé), na cidade de São Paulo. Os crimes ocorreram entre os dias 19 e 22 de agosto de 2004. As vítimas foram assassinadas enquanto dormiam na praça, outras oito pessoas ficaram gravemente feridas.

A partir desse evento foi firmado um “protocolo de compromissos” das Secretarias Municipais da Saúde e da Assistência Social com o movimento organizado da população em situação de rua, constituindo-se um “Grupo de Trabalho Intersecretarial” com funções de formular uma política pública específica, visando garantir o acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do poder público municipal. Na época o Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto e a Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo buscavam estruturar, recuperar e entender a heterogeneidade dessa população que vivia nos limites da sobrevivência. Foram contratados 11 Agentes de Saúde e um estagiário de serviço social – modalidade Programa de

4 https://www.socioeco.org/bdf_dossier-5_pt.html

Agentes Comunitários de Saúde (PACS), para atuar em sete Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas regiões das Subprefeituras Sé, Mooca e Pinheiros⁽¹⁶⁾.

Em Dezembro 2005 o Projeto passa a ser Programa, e Integra na Política Nacional de Atenção Básica, com a contratação de três enfermeiros.

Em 2009 foi implementada a Política Nacional de População de Rua, garantindo o repasse de recursos aos Municípios e Organizações Sociais para implantação e/ou implementação de Programas, Projetos e Serviços para a referida população.

Um grande avanço nas Políticas Públicas para População em Situação de Rua foi a constituição do Comitê Intersetorial da Política Municipal para a População em Situação de Rua. Sob a Coordenação da Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania e seguindo diretriz da Política Nacional para a População em Situação de Rua, esse comitê foi instituído por meio do Decreto Municipal nº 53.795, de 25 de março de 2013, e, dentre as suas atribuições, está “elaborar o Plano Municipal da Política para a População em Situação de Rua, especialmente quanto às metas, objetivos, responsabilidades e orçamentos” (art. 3º, inciso I). O Comitê, composto por representantes do poder público e da sociedade civil, de forma paritária, possui o objetivo de ampliar o diálogo com as organizações da sociedade civil e movimentos sociais, garantir a participação dessas entidades nas decisões do poder público e monitorar a correta execução do Plano Municipal da Política para a População em Situação de Rua.

Esse monitoramento tem a finalidade de impedir violações de direitos fundamentais e assegurar o amplo acesso, simplificado e seguro, da população em situação de rua aos serviços e programas que integram as diversas políticas públicas.

AS EQUIPES DO CONSULTÓRIO NA RUA DO CENTRO SOCIAL NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

As equipes de CnaR do Bom Par tem sua formação conforme previsto na Política Nacional, e são compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, agentes sociais, agentes de saúde, assistente técnico administrativo e motoristas com seus veículos. Considerando sua dimensão de alcance, as equipes de Consultório na Rua/Bompar configuraram a “linha de frente” no enfrentamento contra a COVID-19 junto à população em situação de rua no município⁽¹⁰⁾.

O cuidado acontece de forma itinerante, respeitando o perfil de seu público alvo. Preparado para atuar em toda a cidade de São Paulo, possui uma rede de comunicação eficiente que permite a troca de informações entre os profissionais sobre os pacientes de risco em tempo real. O Programa é baseado no documento norteador construído pelos profissionais que atuam diretamente com as pessoas que vivem em situação de rua, fundamentando nos princípios do SUS de integralidade, universalidade e equidade. O trabalho que se desenvolve em ações amplas, compreendendo as necessidades específicas desta população⁽¹⁷⁾.

As equipes realizam diretamente o atendimento integral da saúde da população de seu território, bem como auxiliam o acesso da mesma nos serviços de especificidades em saúde da região, para um cuidado emergencial ou um seguimento longitudinal.

No desenvolvimento do trabalho os Agentes de Saúde baseiam-se em sua própria experiência pessoal para fornecer engajamento e apoio autênticos às pessoas que acessam os cuidados de saúde. A experiência de vida nas ruas coloca esses agentes em uma posição única para construir conexões e relacionamento com as pessoas em situação de rua, inspirando esperança e modelos de recuperação. Além disso os agentes de saúde com histórico de situação de rua contribuem para a educação permanente dos demais profissionais das equipes de CnaR, ensinam sobre modos de vida na rua ao mesmo tempo que são formados por esses profissionais em um fluxo contínuo de troca de experiências e saberes.

Embora tenham inúmeras necessidades complexas em saúde as PSR valorizam as relações de confiança no cuidado⁽⁵⁾.

Os agentes de saúde apoiados pelos profissionais da equipe CnaR desenvolvem intervenções e reflexões com a comunidade, como a discussão do uso do espaço público, produções artísticas e culturais, dando visibilidade às grandes injustiças sociais. Seu trabalho proporciona novas formas de cuidar, com ações articuladas a partir das demandas e necessidades individuais e coletivas, considerando o território que habitam nas ruas e os recursos potentes nele existente⁽¹⁷⁾.

Embora a inclusão sistemática da experiência vivida para contratar agentes de saúde de CnaR seja restrita à experiência do Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto, a inclusão das PSR no planejamento e formulação de políticas aumentou significativamente nos últimos anos em São Paulo. Envolver os usuários do serviço na formulação de políticas não só possibilita respostas pragmáticas do serviço que atendem às necessidades de sua população-alvo, mas também aborda o imperativo normativo da inclusão social ao trabalhar com grupos marginalizados. Os sistemas de governança orientados para a equidade em saúde requerem mecanismos para envolver significativamente as comunidades na definição de problemas e no desenvolvimento de soluções⁽²⁾.

Pessoas em situação de rua geralmente relatam experiências estigmatizantes quando acessam os cuidados de saúde. Por outro lado, a percepção do estigma nos serviços de saúde está associada a uma piora importante nos resultados alcançados (Reilly & Williamson, 2022). Muitas vezes os trabalhadores da saúde não levam em consideração a realidade e os modos de vida na rua ao fazerem suas recomendações, e são até rudes quando os usuários não seguem suas orientações. Tais atitudes resultam em afastamento e recusa aos serviços.

O estigma é uma causa significativa de morbidade e mortalidade para pessoas em situação de rua além de ser barreira para um cuidado adequado. A linguagem utilizada para descrevê-las impacta negativamente e torna suas vidas ainda mais difíceis. Esta visão construída a partir de processos históricos de estigma e discriminação se expressa na maneira de interagir da sociedade, legisladores, polícia e alguns dispositivos do sistema de saúde com as PSR. Nas calçadas muitas vezes as PSR são ignoradas, isoladas, exploradas ou até se tornam vítimas de diversas formas de violência; o que amplia mais ainda as barreiras à moradia e ao trabalho estável, e piora os problemas de saúde mental.

Com a experiência da trajetória de atenção à saúde à população em situação de rua no município de São Paulo, as equipes de Consultórios na Rua consolidam suas ações criando redes e vínculos que permitem o enfretamento das condições estigmatizantes. Através das experiências adquiridas nestes anos de trabalho é possível afirmar que a presença desse Agente de Saúde com a vivência de rua contribui para uma nova visão da sociedade para da PSR, além de ser um elemento de facilitação na entrada das equipes nos territórios em um campo muitas vezes inacessível a outros atores sociais, por medo de represália e da violência por parte da polícia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado em saúde das PSR deve ser organizado e realizado prioritariamente na atenção primária, mas é na intersetorialidade que temos a possibilidade de abordar dificuldades sociais complexas, em suas múltiplas dimensões. É muito importante que pessoas com histórico de vida nas ruas possam compor equipes de atenção primária, pois facilitam a comunicação e o acesso aos sujeitos mais difíceis de alcançar.

Estar em situação de rua influencia de maneira negativa o senso de identidade; muitas destas pessoas sentem-se impotentes e estigmatizadas ao serem impedidas de entrar em certos locais como estabelecimentos comerciais, shopping centers, transporte coletivo, órgãos públicos, inclusive na rede de saúde. Rejeitar os estigmas é um primeiro passo crucial no cuidado às pessoas em situação de rua. Para fazer isso, devemos nos envolver com pessoas em situação de rua para entender melhor o contexto em torno de sua situação. Compreender seu contexto nos permitirá abordar o problema de forma realista, em vez de confiar em suposições baseadas no estigma.

Uma questão-chave para o cuidado às PSR é entender seu papel em um campo relacional composto por vários atores com diferentes prioridades, processos e valores. Isso é especialmente importante, em função da ineficiência dos enfoques biomédicos individuais quando cuidamos dessa população. A contratação de

agentes de saúde para CnaR que tem a experiência pessoal de viver em situação de rua é uma inovação social no âmbito do cuidado em saúde e da oportunidade de inclusão no mercado de trabalho dessa população estigmatizada e excluída. Justifica-se por seu poder de transformação social, alcançando múltiplas dimensões do processo saúde-doença – cuidado das PSR. De um lado oferece uma melhora do cuidado direto aos usuários do serviço, integrando a estratégia de trabalho com pares, baseada em evidências de resultados positivos na área da saúde, como parte importante dos serviços oferecidos. E de outro por atuar na determinação social do adoecimento das PSR incidindo diretamente em determinantes como emprego, posição social, educação e moradia. Apesar disso, melhorar a saúde da PSR por meio da consolidação dessa iniciativa como política pública ainda encontra diversas barreiras à sua sustentabilidade, sendo constantemente ameaçada ao sabor das opiniões que ocupam a arena política do momento.

Condições de vida na rua relacionam-se a processos de saúde-doença-cuidado peculiares, demandando novas formas de atenção e políticas públicas específicas. Reconhecer a diversidade de experiências relacionadas à vida nas ruas, identificar e compreender as barreiras de acesso aos serviços são elementos críticos para uma boa prática. Nesse contexto a contratação de pessoas com experiências vivida em situação de rua é elemento estruturante de um cuidado culturalmente sensível.

Trabalhar com PSR amplia a complexidade do processo de trabalho, pois atuamos com determinantes sociais e ambientais únicos, que requerem cuidados e atenção especiais. A PSR enfrenta cotidianamente a marginalização, a invisibilidade das políticas sociais e a violência estrutural. Profissionais e prestadores de serviços devem promover abordagens não-opressivas e a defesa dos direitos humanos, aceitando e respeitando os outros como são, sem julgamento. O trabalho com pares aliado a uma abordagem intersetorial, de interfaces com as outras políticas, é fundamental para o desenvolvimento das ações de saúde para voltadas às PSR, em contextos emergenciais e não-emergenciais. Estudos que nos permitam conhecer em detalhes a experiência do trabalho com pares no contexto dos atendimentos às PSR podem servir de base para a construção de políticas intersetoriais coerentes com as necessidades sociais desse grupo social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chamie, J. "As Cities Grow, So Do the Numbers of Homeless". YaleGlobal, 2017. Disponível em <https://archive-yaleglobal.yale.edu/content/cities-grow-so-do-numbers-homeless> último acesso em 23 de outubro de 2022
2. Clifford B, Wilson A, Harris P. Homelessness, health and the policy process: A literature review. Health Policy [Internet]. 2019 [citado 14 de novembro de 2022];123(11):1125–32. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168851019302015>
3. Natalino, M. Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil (Setembro de 2012 a Março de 2020). Nota Técnica 73, IPEA, 2020. Disponível em <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10074> último acesso em 23 de outubro de 2022
4. SMADS. Secretaria Municipal da Assistência e do Desenvolvimento Social. Censo da População em Situação de Rua 2021 disponível em https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/observatorio_socioassistencial/pesquisas/index.php?p=18626 último acesso em 23 de outubro de 2022
5. Reilly J, Ho I, Williamson A. A systematic review of the effect of stigma on the health of people experiencing homelessness. Health Soc Care Community. 2022 Jun 28.
6. Magwood O, Leki VY, Kpade V, Saad A, Alkhateeb Q, Gebremeskel A, et al. (2019) Common trust and personal safety issues: A systematic review on the acceptability of health and social interventions for persons with lived experience of homelessness. PLoS ONE 14(12): e0226306. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226306>
7. Kami MTM, Larocca LM, Chaves MMN, Piosiadlo LCM, Albuquerque GS. Tool and ideological knowledge in Street Outreach Office working process. Rev esc enferm USP [Internet]. 2016 [citado 13 de novembro de 2022];50(3):442–9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000300442&lng=en&tlng=en
8. São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Documento Norteador dos Consultórios na Rua. Dezembro, 2016. Disponível em <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/documento%20norteador%20Consultorio%20na%20Rua%20Versao%20Final.pdf> ultimo acesso em 24 de outubro de 2022

9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua [Internet]. Brasília: MS; 2012[cited 2020 Jun 01]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf
10. Akiyama MRM, Canônico RP, Sette R, Kawakami MCB. Estratégias de cuidado em saúde realizadas pelas equipes de Consultório na Rua/Bompar/ SMS. Junto à População em situação de rua durante a pandemia no município de São Paulo. Arch Health [Internet]. 23 de junho de 2021 [citado 13 de novembro de 2022];2(3):543–50. Disponível em: <https://latinamericanpublicacoes.com.br/ojs/index.php/ah/article/view/391>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS) [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde,Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.
12. Santana, C; Rosa, A. Saúde Mental das pessoas em situação de rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social. São Paulo: Epidaurus Medicina e Artes, 2016. Disponível e https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/desenvolvimento_urbano/saude_mental_pop_rua.pdf ultimo acesso em 24 de outubro de 2022
13. Gillard, S., Foster, R., White, S. et al. The impact of working as a peer worker in mental health services: a longitudinal mixed methods study. BMC Psychiatry 22, 373 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03999-9>
14. SAMHSA- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Behavioral Health Services for People Who Are Homeless. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 55. HHS Publication No. (SMA) 13-4734. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration,2013.
15. MURRAY, R.; CAULIER-GRICE, J.; MULGAN, G. 2010. The Open Book of Social Innovation. London, NESTA - The Young Foundation, 2010. URL: www.nesta.org.uk/publications/assets/features/the_open_book_of_social_innovation. Acesso em 15 de novembro de 2022
16. Akyama, M O empoderamento através do fomento da resiliência nas pessoas em situação de rua no processo de trabalho. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Especialização Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde, como requisito à obtenção do título de especialista, Universidade Federal Fluminense, Niteroi, 2018
17. Akiyama MRM. População de Rua no Empoderamento do Acesso à Saúde. Arch Health [Internet]. 23 de dezembro de 2020 [citado 13 de novembro de 2022];1(5):341–5. Disponível em: <https://latinamericanpublicacoes.com.br/ojs/index.php/ah/article/view/91>