

# Documento Norteador dos Consultórios na Rua (CnaR)

## 1. Apresentação

A Secretaria Municipal da Saúde do Município de São Paulo, por intermédio da Coordenação da Atenção Básica, com satisfação apresenta o **Documento Norteador dos Consultórios na Rua (CnaR)**.

Este documento, é resultado da discussão do grupo de acompanhamento “GT População de Rua”, composto por profissionais das Coordenadorias Regionais de Saúde Centro, Oeste, Sudeste e Norte, as respectivas Supervisões Técnicas de Saúde Lapa/Pinheiros, Mooca/Aricanduva, Centro e Santana e Instituições Parceiras Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto e Associação Saúde da Família e propõe orientar e nortear o trabalho das equipes de Consultório na Rua no município de São Paulo. Para construção deste, houve consulta pública e apreciação do Conselho Municipal de Saúde.

As condições de extrema vulnerabilidade das pessoas em situação de rua, aliadas às questões psicossociais geradoras de sofrimentos físicos e emocionais, com possibilidades de maiores agravos à saúde, representam um desafio na efetivação de uma política de saúde que contemple essa complexidade.

Frente a este contexto, o Consultório na Rua (CnaR), instituído pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do Ministério da Saúde, tem por objetivo ampliar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população em situação de rua, possibilitando sua inserção efetiva no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como porta de entrada preferencial a Atenção Básica, promovendo dessa forma a *equidade* para essa população historicamente excluída. (Ministério da Saúde, 2011)

Este documento traz as diretrizes gerais que norteiam a organização e funcionamento do Consultório na Rua visando o alinhamento conceitual de modo a instrumentalizar as ações dos profissionais dessas equipes na efetivação deste novo modelo de assistência à saúde.

## 2. Introdução

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 vêm para potencializar as estratégias já utilizadas no território, criando redes e vínculos, tendo como objetivo garantir o cuidado integral desta população através da inserção na rede de saúde e intersetorial. Equipes que devem atuar na perspectiva da Redução de Danos e visando o exercício da cidadania.

Segundo o *Manual sobre o cuidado junto à população em situação de rua, 2012,*

*“... diante das especificidades dessa população, a estratégia de redução de danos deverá ser transversal a todas as ações de saúde realizadas pela equipe. Redução de danos é uma estratégia do Ministério da Saúde que tem como foco principal de suas ações a oferta de cuidado integral à saúde do usuário, reduzindo prejuízos agregados em função do uso de drogas e prevenindo aqueles ainda não instalados, sem necessariamente interferir no uso de drogas. Vale ressaltar que, nesse sentido, a redução de danos é uma estratégia desenvolvida para pessoas que não desejam ou não conseguem diminuir/cessar o uso de drogas, bem como para os demais usuários com dificuldade para acessar serviços de saúde ou aderir ao cuidado integral à saúde” (cap. 5, pag.43)*

De modo geral, atuar de forma a preservar direitos e promover vinculação positiva impactam nas condições de saúde individuais e coletivas dessas populações, inclusive potencializando a possibilidade de buscas futuras a tratamento para uso de drogas e resgate de cidadania.

Tais tecnologias/ estratégias de cuidado podem ser utilizadas em outros contextos do cuidado em saúde

As equipes do Consultório na Rua lidam com diferentes necessidades e problemas da população em situação de rua, como as doenças infecto contagiosas, as doenças respiratórias,

os transtornos mentais, problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, violências, entre outros; e portanto, compõem a Rede de Atenção Psicossocial. O cuidado deve ser compartilhado e integrado com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços de Urgência e Emergência, os Serviços de Assistência Especializada em Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS (SAE), Ambulatórios Especializados, serviços de pronto atendimento e outros pontos de atenção da rede de saúde.

Para tanto se faz necessário construir e implementar ações intersetoriais e intersecretariais, de forma a integrá-las com as diversas Políticas Públicas voltadas a esta população, promovendo o acesso à rede de cuidados de saúde e às redes de apoio socio assistenciais.

O Ministério da Saúde (MS) ao formular uma política pública de saúde para a população em situação de rua em convergência com as diretrizes da Atenção Básica assume a responsabilidade da promoção da equidade ao acesso dessa população no SUS.

O Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), visando maior amplitude à atenção integral à saúde desta população, realiza a junção do Consultório de Rua, iniciativa vinculada à Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, cujo foco era o cuidado dos usuários de drogas em contextos de maior vulnerabilidade social, tendo a Redução de Danos como diretriz das abordagens, com a estratégia de Saúde da Família sem Domicílio (ESF Especial), criando-se o dispositivo Consultório na Rua. (Ministério da Saúde, 2012)

### **3. Política Nacional para a População em Situação de Rua e suas Diretrizes**

Seguem abaixo os documentos publicados que regulamentam as ações propostas para o atendimento às pessoas em situação de rua:

- Lei n. 12.316 – de 16 de Abril de 1997, que dispõe sobre a obrigatoriedade do poder público municipal a prestar atendimento à população de rua na Cidade de São Paulo. (Projeto de Lei n. 207/94, da Vereadora Aldaíza Sposati).
- Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, 2008, coordenada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, que deu visibilidade às dimensões-sociodemográficas dessa população;
- Decreto Presidencial Nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua, e a criação do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da referida Política;
- Portaria Nº 3.305 do Gabinete do Ministério da Saúde, 24 de dezembro de 2009, criando o Comitê Técnico da Saúde para a População em Situação de Rua;-
- Política Nacional de Atenção Básica – PNAB/Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, caracteriza a atenção básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo.
- 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 (SUS).
- Portaria Nº 122 de 25 de janeiro de 2012 define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, previstas pela Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que atualiza a Política Nacional de Atenção Básica;
- Portaria Nº 123 de 25 de janeiro de 2012 define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua por Município;
- Nota Técnica Conjunta/2012 Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DAPES/SAS/MS) e o Departamento de Atenção Básica (SAS/MS), no intuito de esclarecer as dúvidas mais comuns de gestores e equipes acerca da publicação das Portarias 122 e 123, de 25 de janeiro, afirma que: “a proposta do Consultório de Rua, até então ligada à Coordenação

*Nacional de Saúde Mental, passa a ser denominada de Consultório na Rua, sendo agora uma modalidade de equipe de Atenção Básica.”*

- 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 outras providências.

#### **4. População em Situação de Rua: características sociais e os Censos no Município de São Paulo**

A Política Nacional para a População em Situação de Rua define essa população como *“grupo heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, a inexistência de moradia convencional regular e, faz uso dos logradouros públicos e áreas degradadas da cidade como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, e utiliza as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória”*. (Ministério da Saúde, 2009)

Para o trabalho das equipes de Consultório na Rua é fundamental que a *situação de rua* não seja considerada apenas como condição individual, portanto se faz necessário compreender alguns determinantes sociais e características gerais que delineiam o perfil desta população.

O processo histórico–social na nossa sociedade, que produziu profundas desigualdades sociais durante décadas, reforçadas por intensa urbanização desordenada, má distribuição de renda, desemprego, dentre outros, reflete-se no aumento gradativo de pessoas em situação de rua que se concentram nos grandes centros urbanos. (Castel R, 1997; Nascimento EP, 1994; Varanda W e Adorno RCF, 2004; Vieira MAC, Bezerra EMR, Rosa CMM, 1992).

Na cidade de São Paulo, o 1º censo realizado no ano de 2000 computou 8.706 indivíduos em situação de rua. Na comparação do censo de 2000, com o censo de 2011, verifica-se o crescimento de 66% e, relativo ao censo de 2015, houve um aumento de 82%. A taxa de crescimento anual de 2000-2009 foi de 5,14 e entre de 2009-2015 foi de 2,56, evidenciando a complexidade do fenômeno “situação de rua”.

O *Censo da População em Situação de Rua da Cidade de São Paulo*<sup>1</sup>, realizado em 2015 pela Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), da Prefeitura do Município de São Paulo, contabilizou 15.905 pessoas em situação de rua, sendo 7.335 vivendo nas ruas e 8.570 em Centros de Acolhida. (SMADS/FIPE, 2015)

A fim de traçar um perfil das pessoas que vivem nas ruas e nos centros de acolhida do município de São Paulo, serão apresentados alguns dados do Relatório Executivo deste Censo. Importante destacar que no Relatório todos os dados são apresentados diferenciando os “de rua” dos “acolhidos”, porém neste documento os dados serão separados apenas quando a diferença for expressiva e/ou tiver relevância para nortear o trabalho das equipes de Consultório na Rua.

### **Aspectos Demográficos**

Assim como em outras localidades, a grande maioria das pessoas em situação de Rua no município de São Paulo é do sexo masculino (88%). No recorte por faixa etária, 20% são adultos jovens até 30 anos, 50% tem entre 31 e 49 anos e 30% tem 50 anos ou mais. Quanto à cor declarada, 70% se identificaram como “não brancos” (pardo, preto, amarelo e indígena). A escolaridade desta população é baixa quando comparada à do município de São Paulo, sendo cerca de 8% analfabetos, 15% os que completaram o Ensino Fundamental, e cerca de 20% completaram o Ensino Médio. Quanto à naturalidade, cerca de 30% das pessoas nasceram no município de São Paulo e 70% são migrantes, principalmente da região Sudeste e Nordeste. Processo social relativamente recente é a presença de imigrantes nas ruas (1%) e nos centros de acolhida (7%). Estes estrangeiros são oriundos, principalmente, de países africanos que passam por dificuldades econômicas e conflitos de natureza política, étnica e religiosa e vêm à cidade em busca de trabalho.

### **Vínculos familiares e comunitários**

---

<sup>1</sup> [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia\\_social/censo/SUMARIO%20EXECUTIVO.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/censo/SUMARIO%20EXECUTIVO.pdf), acesso realizado em 13/08/2016.

Neste tema, o Censo analisou com quem as pessoas viviam antes da situação de rua e na situação de rua.

Entre os acolhidos, 80% disseram viverem sós e quase 20% com familiares e/ou pessoas sem parentesco. Antes da ida para a rua, 26% deles viviam sós, 68,9% com familiares e cerca de 5% com pessoas sem parentesco.

Nas ruas, 69% referiram viverem sós, 16,5% com algum familiar e 16% com pessoas sem relação de parentesco. Antes da ida para a rua, 18% viviam sós, 79,2% com familiares e 3,4% com pessoas sem parentesco.

Com estes dados é possível destacar o processo de ruptura e/ou fragilização dos vínculos familiares após a ida para as ruas, pois em ambos os casos houve redução da convivência com membros da família. Por outro lado, chama atenção o aumento da convivência entre pessoas sem parentesco nas ruas, o que aponta para outros arranjos afetivos das pessoas nas ruas.

### **Tempo de rua**

O tempo que a população está em situação de rua é uma informação importante nos estudos sobre suas condições de vida, sobretudo porque se sabe que com o decorrer do tempo, as condições a que essas pessoas são submetidas a tornam mais vulneráveis, alteram seu comportamento, suas percepções e possibilidades de reinserção no mercado de trabalho e em programas que visam recuperar sua autonomia. (FIPE, 2015)

Segundo o Relatório Executivo do Censo, quase 40% dos acolhidos têm até 1 ano de rua, 31,7% têm de 1 a 5 anos, e 28,4% estão na rua há mais de 5 anos. Nas ruas quase 29% estão nesta condição há até 1 ano, 34% estão de 1 a 5 anos e pouco mais de 37% há mais de 5 anos. Interessante observar que, de modo geral, quanto maior o tempo de rua, menos as pessoas estão nos Centros de Acolhida.

Sobre a idade com que foram para as ruas, o Censo mostra que menos de 10% tinham menos de 18 anos, quase 80% tinham entre 18 e 49 anos e pouco mais de 10% tinham 50 anos ou mais.

### **Trabalho e renda**

A população de rua tem um histórico de perdas e o emprego é uma das mais importantes; extingue-se, de imediato, a fonte de rendimentos podendo gerar instabilidade familiar/econômica que nem todos sabem, ou têm condições de enfrentar. (FIPE, 2015)

Quando entrevistados sobre trabalho, 7,2% dos acolhidos disseram ter registro em carteira e 10,7% trabalharem sem registro. Entre os da rua 2,2% referiram registro e 2,6% trabalho informal. Além dos trabalhos formais e informais fixos, 57,7% dos acolhidos e 73,8% dos da rua disseram obter renda através de bicos. Mais de 20% dos entrevistados (acolhidos e rua) declararam não estarem trabalhando, porém mencionaram atividades artísticas, mendicância, reciclagem, flanelinha, vendedor ambulante, entre outras atividades lícitas e ilícitas.

Vale ressaltar que parte das pessoas em situação de rua recebem benefícios ou aposentadorias, sendo quase 50% os acolhidos que recebem Bolsa Família ou Renda Cidadã e quase 24% os da rua que recebem tais benefícios. Há ainda outros benefícios, mas a diferença é bastante expressiva quando comparados os 71,3% da rua que não recebem nenhum benefício e os 40,3% acolhidos em tal condição.

### **Saúde**

O censo aponta que cerca de 4% dos acolhidos e 16,1% das pessoas entrevistadas nas ruas afirmaram não procurar serviços de saúde. Dos que procuram os serviços do SUS mais de 70% dos acolhidos e quase 60% dos da rua acessam AMA e UBS e mais de 40% dos entrevistados recorrem aos Hospitais e Pronto Socorros. O acesso ao CAPS foi mencionado por 16% dos entrevistados e o Consultório na Rua por 10%.

Sobre os principais agravos à saúde, a pesquisa aponta problemas de saúde bucal e sequelas de acidentes como os mais recorrentes, ambos referidos por cerca de 30% das pessoas, HIV e tuberculose com prevalência maior do que a população em geral, ambos referidos por cerca de 4%. O censo destaca que de modo geral a prevalência de quase todos os agravos é mais alta entre as mulheres.

### **Uso de álcool e drogas**

De modo geral, as pessoas acolhidas em algum equipamento social usam menos substâncias do que a população entrevistada nas ruas (54,3% e 83,8%), sendo o álcool a substância mais utilizada por todos (44,6% dos acolhidos e 70,1% da rua). As drogas ilícitas são utilizadas por 28,7% dos acolhidos e por 52,5% das pessoas entrevistadas nas ruas.

Feito um recorte de gênero e de faixa etária, o censo aponta que 72% das mulheres acolhidas e 25% das mulheres nas ruas não usam nenhum tipo de substância, enquanto entre os homens esta proporção é de 42% nos acolhidos e 15% nos da rua. Outro recorte interessante é de faixa etária, pois os dados apontam para diminuição do uso conforme aumento da idade: 77% dos jovens até 30 anos usam alguma substância e 24% das pessoas com 50 anos ou mais.

No recorte das substâncias ilícitas, entre os acolhidos 11,9% fazem uso de crack, 18,8% de maconha e 10,9% de cocaína. Dos entrevistados nas ruas 34,5% usam crack, 33,1% maconha e 20,8% cocaína.

O uso de drogas não constitui um problema específico da população de rua, mas atinge a sociedade como um todo. No entanto, nos grupos mais vulneráveis da população as consequências da droga têm repercussões mais graves, seja pela criminalização dos usuários seja pela ausência de políticas de prevenção e tratamento de dependentes.

(FIPE, 2015)

### **Internação em instituições**

Outro dado levantado pelo censo e importante de ser ressaltado para pensar o trabalho das equipes de Consultório na Rua diz respeito aos processos de institucionalização das pessoas em situação de rua. Mais de 50% dos acolhidos e de 60% dos entrevistados na rua passou por alguma instituição fechada, destacando-se a passagem pelo sistema prisional e por clínicas de recuperação para usuários de álcool e outras drogas. Foram 27,5% dos acolhidos e 40% dos entrevistados nas ruas que passaram pelo sistema prisional e cerca de 30% os entrevistados que passaram por clínicas de recuperação.

## **Violências**

A violência praticada contra a população em situação de rua é bem conhecida e toma várias formas desde a agressão verbal até a tentativa de homicídio. Tanto os acolhidos como os de rua foram vítimas das seguintes formas de violência: agressão verbal como xingamento, ofensa e humilhação (55% e 70%), roubo/furto (59% e 64%), agressão física (38% e 50%), tentativa de homicídio com facada, tiro (16% e 24%), remoção forçada (25% e 38%) e violência sexual (4% e 6%). Os praticantes dessas agressões são em grande parte as próprias pessoas que pernoitam nas ruas, os agentes de segurança pública (polícia civil, militar e GCM), os agentes de segurança 15 privada e transeuntes, sendo que todos praticam diferentes atos de violência contra a população em situação de rua. (FIPE, 2015)

## **Alternativas de pernoite**

As pessoas em situação de rua no município de São Paulo costumam pernoitar em logradouros da cidade e Centros de Acolhida. O resultado das entrevistas indica que 82% dos acolhidos já dormiram na rua e 77% dos entrevistados na rua dormiram em Centros de Acolhida. Importante ressaltar que na semana que antecedeu a pesquisa 18% dos entrevistados nas ruas procuraram Centro de Acolhida para pernoitar, porém apenas 7% destes conseguiram vaga.

## **Cidadania e saída da rua**

Um dado obtido pela pesquisa se refere à existência ou não de documentação pessoal, sendo que a maioria dos 98% dos acolhidos e 80% dos que moram na rua, afirmaram possuir pelo menos um documento. Esta informação se relaciona diretamente ao acesso à alguns serviços na rede de cuidados, que apesar de não ser obrigatório, ainda exigem o documento para garantir o acesso à Política Pública. Importante dizer que para acessar os serviços de saúde, o indivíduo em situação de rua, NÃO tem a obrigatoriedade de apresentar um documento pessoal.

Outro indicador da inserção dessa população na vida política e social é a sua participação em Movimentos Sociais. Constatou-se que a grande maioria, tanto de acolhidos (84%) quanto de rua (89%) não participa de nenhum Movimento, evidenciando o grande desafio da efetivação do controle social nesta população.

Em relação às possibilidades de saída da rua, foram apresentadas algumas alternativas para que a população escolhesse aquela que mais o ajudaria a alcançar esse objetivo. A moradia permanente foi à alternativa mais indicada pelos acolhidos (37%) e pelos que estavam na rua (30%). Ter um emprego fixo foi a segunda mais indicada pelo grupo dos acolhidos (36%) e por 26% dos que estavam em situação de rua. Em terceiro lugar, apontou-se a superação da dependência de álcool e droga entre 14% dos que estavam nas ruas e por 8 % entre os que estavam acolhidos. Esses dados indicam um grande desafio para as equipes de consultório na Rua, que deverão buscar no trabalho intersetorial as melhores estratégias de cuidado, a partir dos desejos e expectativas dos indivíduos.

Os dados do Censo apontam para características gerais, vulnerabilidades e algumas dinâmicas específicas da população em situação de rua. É fundamental que as equipes de Consultório na Rua conheçam esses dados das pesquisas, estejam atentas às dinâmicas da rua e aos processos históricos desta população, a fim de desenvolverem de modo criativo, efetivo e planejado ações e trabalho em rede intersetorial na garantir da integralidade do cuidado.

## **5. Políticas Públicas para a Atenção à População em Situação de Rua**

Resultado da mobilização e luta de segmentos organizados da população em situação de rua e de entidades e profissionais que atuam na atenção e na defesa dos direitos de

cidadania desse grupo social, a partir de 2005 surgem proposições de políticas públicas específicas do Governo Federal, com base em experiências municipais como Belo Horizonte, Porto Alegre e São Paulo. (Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o Cuidado junto a População em Situação de Rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2012).

No município de São Paulo:

Em decorrência da trajetória de luta do movimento da população em situação de rua em 1997 a Câmara Municipal de São Paulo aprovou a Lei Nº 12.316, de 11 de abril, que “dispõe sobre a obrigatoriedade do poder público municipal a prestar atendimento à população de rua na cidade de São Paulo”, e regulamentada pelo Decreto Nº 40.232 de 2 de janeiro de 2001, definindo ações intersetoriais que garantam o acesso aos serviços públicos e o resgate de cidadania para essa população. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde; Secretaria da Assistência Social. Protocolo de Intenções Secretariais Saúde/SAS para Políticas Públicas das Pessoas em situação de rua. São Paulo, 2003 (Mimeo)

Em relação à área de saúde, o ano de 2003 é referência na construção dessa política, isto é, quando na mobilização do “Dia Nacional da Luta da População em Situação de Rua” – 26 de junho de 2003 - na cidade de São Paulo, a reivindicação central foi o “Direito à Saúde para esta População”.

Neste contexto, identificou-se a necessidade de incorporação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no acompanhamento de pessoas em situação de rua, com equipes de saúde estruturadas no modelo Programa Saúde da Família (PSF), efetivando, desse modo, a garantia do acesso aos serviços de saúde. O ACS seria selecionado preferencialmente entre as pessoas em situação de rua, o que facilitaria maior habilidade na abordagem e vínculos, além de promover a inclusão social e a cidadania desses indivíduos. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde; Secretaria da Assistência Social. Protocolo de Intenções Secretariais Saúde/SAS para Políticas Públicas das Pessoas em situação de rua. São Paulo, 2003 (Mimeo)

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.

Em 2003 tem início, como “experiência piloto”, a contratação de um enfermeiro e um agente comunitário de saúde de rua (ACSR).

Em 2004, a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS/SP) implanta o projeto "A Gente na Rua", em parceria com o Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto, instituição que já desenvolvia trabalhos voltados à população em situação de rua há quase 20 anos. Contrata-se 11 ACSR e um enfermeiro – modalidade Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), para atuar em sete Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas regiões das Subprefeituras Sé, Mooca e Pinheiros. (Carneiro Junior, N. Jesus, C.H. Crevelim, M.A. A estratégia saúde da família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saúde e Sociedade*, 19 (3): 709-16,2010)

No ano de 2005, houve um incremento no número de equipes, subindo para três, totalizando 35 ACSR e 3 enfermeiros nas mesmas regiões. Após três anos, as equipes de PACS Rua foram transformadas em equipes de Estratégia de Saúde da Família de Rua (ESFR), perfazendo um total de nove, com 57 ACS, além da contratação de três médicos e seis auxiliares de enfermagem.

Ainda em 2008, a Coordenação de Atenção Básica/SMS ampliou para um total de 27 equipes de ESF Especial para pessoas em situação de rua e locais de vulnerabilidade. Dentre as 27 ESF-Especiais, 14 eram estritamente para a população em situação de rua das Regiões Central e Sudeste da cidade. As outras 13 equipes eram para o atendimento às pessoas em situação de alta vulnerabilidade do território, que se encontravam em vários tipos de moradia como cortiços, casarões e ocupações de grandes prédios na região central da cidade e também a população do território em geral que posteriormente foram transformadas em ESF para residentes.

De agosto de 2012 até dezembro de 2014, a SMS/SP reorganizou as equipes ESF-Especiais e o Projeto Centro Legal<sup>2</sup> em 18 equipes de Consultório na Rua junto ao Ministério da Saúde, tendo como referência a Portaria Nº 122, de 25 de janeiro de 2012 com a incorporação de no mínimo 6 Agentes Comunitários de Saúde por equipe.(São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família Especial. Disponível em: [HTTP: //www.prefeitura.sp.gov.br](http://www.prefeitura.sp.gov.br). Acesso em 26 de março de 2014).–

Um grande avanço nas Políticas Públicas para População em Situação de Rua fora 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, o mesmo fora 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 D).

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*.

Este 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.

---

<sup>2</sup> Projeto Centro Legal foi uma Política Pública que congregava diversas secretarias municipais e setores do poder público com objetivo de articular os diferentes dispositivos públicos na busca de uma intervenção mais integral junto à população em situação de rua, que se concentra na região central da cidade fazendo uso coletivo de substâncias psicoativas.

## **6. Consultório na Rua: caracterização, público alvo, processo e estratégias de trabalho.**

### **6.1. Caracterização**

As equipes de Consultório na Rua compõem a Política Nacional de Atenção Básica e integram a Rede de Atenção Psicossocial, tendo como objetivo a ampliação do acesso da população em situação de rua aos diferentes pontos de atenção à saúde e da rede intersetorial. São equipes que devem operar o cuidado longitudinal, ou seja, o cuidado das pessoas em seus processos de vida, trabalhar de modo itinerante, integrando e articulando as ações com os diferentes equipamentos da rede, sendo porta de entrada para o SUS e dando visibilidade às demandas desta população, sempre visando atenção integral na perspectiva da Redução de Danos e da clínica ampliada.

Sendo assim, o Consultório na Rua 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**<sup>3</sup>.

A composição e modalidades das equipes de Consultório na Rua seguem as Portarias do Ministério da Saúde Nº 122, de 25 de janeiro de 2012 e Nº 1.029 de 20 de maio de 2014, elencadas abaixo:

#### **Modalidade I**

Formada, minimamente, por 4 profissionais, sendo que 2 destes deverão estar entre aqueles

---

<sup>3</sup> As equipes deverão realizar suas atividades de modo itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações das Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes de atenção básica do território (UBS e NASF), dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), da Rede de Urgência e Emergência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), entre outras instituições públicas e da sociedade civil. (Política Nacional de Atenção Básica, PNAB, 2011).

descritos na alínea "a" abaixo e os demais dentre aqueles relacionados nas alíneas "a" e "b" a seguir:

a) enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional;

b) agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião-dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação.

### Modalidade II

Ter minimamente 6 profissionais, dentre os quais 3 destes deverão estar naqueles descritos na alínea "a" abaixo e os demais relacionados nas alíneas "a" e "b" a seguir:

a) enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional;

b) agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião-dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação.

### Modalidade III

Formação de equipe semelhante à Modalidade II Acrescida De Um Profissional Médico.

Poderão compor os Consultórios na Rua as seguintes profissões constantes do Código Brasileiro de Ocupações – CBO: Enfermeiro; Psicólogo; Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Médico, Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem, Técnico em Saúde Bucal, Cirurgião-Dentista, Educador físico e profissional com formação em arte e educação. 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.

Na Portaria Nº 122 está previsto que todas as modalidades podem agregar Agentes Comunitários de Saúde em suas ações. Sendo assim, o município de São Paulo optou por

manter nas equipes os Agentes de Saúde que já trabalhavam com a população em situação de rua.

## **6.2. Público Alvo**

O Público Alvo das equipes de Consultório na Rua é a população em situação de rua, historicamente excluída das Políticas Públicas e das redes de cuidado.

*Conforme a definição da Política Nacional a População em Situação de Rua é um grupo heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, a inexistência de moradia convencional regular e, faz uso dos logradouros públicos e áreas degradadas da cidade como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, e utiliza as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.*

## **6.3. Processo de trabalho**

Quando se aborda o processo de trabalho, fala-se necessariamente, dos objetivos do trabalho, dos sujeitos que atuam, do objeto da ação e dos meios disponíveis e utilizados na execução da ação. Para entender e transformar o processo de trabalho de modo a torná-lo mais eficiente e eficaz, deve-se considerar esses elementos e suas especificidades.

O Consultório na Rua tem como objetivos ser porta de entrada da População em Situação de Rua ao SUS, ampliar o acesso à rede de saúde e intersetorial e buscar a integralidade no cuidado. Tais objetivos devem partir da escuta qualificada e do acolhimento das demandas trazidas pelas pessoas, portanto a “porta de entrada” é o encontro entre o profissional da equipe e a pessoa na rua, é desse encontro que surgem as articulações da rede e o planejamento das ações de prevenção, promoção de saúde e cuidado nos diferentes pontos de atenção à saúde e da rede intersetorial.

As equipes devem trabalhar de modo itinerante nos locais de permanência da população que está em situação de rua, portanto o conhecimento das vulnerabilidades, riscos e potencialidades do território é fundamental para o planejamento das ações individuais e

coletivas. Conhecer o território não se limita a definição do espaço geográfico, mas envolve uma compreensão dos sentidos atribuídos a cada local (onde dormem, onde comem, onde fazem necessidades, onde usam drogas), das relações que podem favorecer ou barrar acessos da equipe, dos atores locais e seus papéis sociais nos grupos, dos equipamentos existentes e que podem ser articulados para ações da equipe, etc.

O território de cada uma das equipes de consultório na Rua não deverá estar circunscrito à área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde, Supervisão Técnica de Saúde ou Coordenadoria Regional de Saúde, mas sim baseado no diagnóstico local de permanência e itinerância das pessoas em situação de rua.

Deste modo, o planejamento das ações sairá do campo específico do monitoramento e tratamento de doenças para abranger a saúde em seu conceito ampliado, considerando as pessoas, suas vidas, relações, desejos e o território em que habitam. Trabalhar nesta perspectiva impõe ao profissional o desafio de sair de seu campo de especificidades técnicas e modelos prescritivos de cuidado, exige composição com outros saberes e invenção de práticas que façam sentido para cada pessoa ou grupo que a equipe pretende cuidar.

Nesta perspectiva, o desenvolvimento e o gerenciamento do processo de trabalho da equipe devem estar sustentados em encontros sistemáticos (reuniões de equipe, discussões de casos, reuniões com a rede, etc.), onde os diferentes trabalhadores – da equipe e de outros serviços – possam trocar olhares, saberes e ideias para o planejamento das intervenções, definição de prioridades e estabelecimento de fluxos. O cuidado compartilhado entre membros da equipe e com outras equipes exige disponibilidade dos profissionais para compor com as diferenças.

Assim, é a partir dos encontros e trocas entre os diferentes serviços e profissionais que as demandas da população em situação de rua ganham visibilidade, que se constroem caminhos para inclusão nos diferentes pontos de atenção e que se costura a “Rede de Cuidados”, entendida como conjunto articulado de serviços, onde as ações são desenvolvidas, reconhecendo-se a singularidade dos contextos e histórias de vida dos indivíduos de modo a assegurar a responsabilização pela saúde da população.

As equipes de CnaR devem ser articuladoras dos diferentes equipamentos, serviços e atores necessários para o cuidado integral das pessoas que estão em situação de rua. A partir do acolhimento realizado nos locais de permanência das pessoas e do vínculo que os profissionais estabelecem com os usuários, as equipes de CnaR identificam diferentes questões de saúde, o que deve disparar a construção de estratégias de cuidado compartilhado com as equipes das UBS, CAPS, serviços especializados, Prontos Socorros e com as demais instituições parceiras da Rede de Atenção.

#### ***6.4. Estratégias de trabalho e Orientações para a ação***

O primeiro passo para o trabalho das equipes de CnaR deve ser o mapeamento da área de abrangência, os recursos e serviços de referência do território de atuação. É fundamental que a equipe conheça os equipamentos de saúde, assistência social, cultura, esporte, lazer, educação, entre outros que possam ser articulados para o cuidado das pessoas em situação de rua no território de atuação.

Importante ressaltar aqui que as equipes devem ter estabelecidos seus territórios de abrangência, para facilitar a circulação dos trabalhadores nos territórios, porém o estabelecimento destes não deverá impedir ou dificultar a entrada e acompanhamento do indivíduo neste ou naquele equipamento de saúde.

Além dos serviços e lugares, é necessário compreender o território vivo, ou seja, a rede de relações, os sentidos que a “comunidade” atribui a cada lugar, os atores que habitam o território e interferem na vida das pessoas em situação de rua, os códigos de conduta que regulam aquela coletividade, etc. Para além do território geográfico, o território vivo é o território demarcado pela circulação das pessoas, relações e cultura que organiza o cotidiano em cada “lugar”.

Apesar das pessoas em situação de rua não permanecerem fixas em um único lugar, é comum que tenham locais de permanência e de referência para comer, dormir, usar drogas, pedir dinheiro, etc. Nesse sentido, as primeiras abordagens devem buscar conhecer o território existencial de cada pessoa, ou seja, o território de cada sujeito-existência, demarcado pelos lugares e sentidos atribuídos a eles pelo sujeito singular e seu modo de habitar o mundo.

Conhecer as diferentes dimensões do território será base e sustentação para o trabalho das equipes de CnaR. Os membros da equipe passarão a fazer parte daquele território, atravessar e serem atravessados pela cultura ali instituída, acompanhar o trânsito das pessoas e trabalhar com elas em seus territórios existenciais, articulando os recursos e equipamentos existentes para construir estratégias de cuidado e inclusão na rede de atenção.

Ser “Porta de Entrada” para o SUS depende de encaminhar a pessoa em situação de rua para outro serviço de saúde, pois é o encontro entre os profissionais e as pessoas na rua que caracteriza essa inclusão no SUS. Para que o CnaR seja porta de entrada é necessário disponibilidade da equipe para ir ao encontro do outro, abordar, escutar e acolher as pessoas de modo integral, ou seja, é preciso sair dos questionários e protocolos de busca ativa de doenças para permitir que as PESSOAS ganhem visibilidade, é preciso que o vínculo seja estabelecido com as pessoas e não com as doenças que elas têm ou possam ter.

Assim, o vínculo é o alicerce do cuidado, uma relação de confiança e inclusão que permite ao sujeito falar de si, de sua história, desejos, dificuldades, riscos e doenças. O vínculo é um laço que produz responsabilização pelas ações planejadas, pois alicerçadas nele as ações de fato têm sentido na vida do outro.

A partir do mapeamento do território, do acolhimento e do início de construção dos vínculos, questões e demandas começarão a surgir para a equipe do CnaR, momento em que o Projeto Terapêutico Singular (PTS) começa a ser construído e que o cuidado deve ser articulado com a rede de saúde e intersetorial. Portanto, o PTS e a articulação do cuidado têm como base as demandas individuais e coletivas levantadas no território e no acolhimento das pessoas.

A articulação do cuidado pode ser definida como as composições que a equipe faz para responder as demandas levantadas no território. Tais composições podem resultar em diferentes estratégias, como o acolhimento e acompanhamento de uma pessoa em outro serviço, a ida de profissionais de outro serviço à rua com a equipe de CnaR, o estabelecimento de fluxos específicos considerando especificidades da população, a realização de uma ação educativa na rua, etc.

Por fim, operar o cuidado longitudinal das pessoas em situação de rua exige espaços sistemáticos para reflexão e planejamento do processo de trabalho. As equipes de CnaR devem realizar reuniões diárias ou semanais para discutir os territórios e suas dinâmicas, os casos e projetos terapêuticos, as ações e relações da equipe, as questões com a rede e estratégias de articulação e compartilhamento do cuidado com outros serviços.

#### **6.4.1 Acolhimento**

Acolhimento é dar acolhida, admitir, aceitar, escutar, dar crédito a, receber, atender e admitir. Esta atitude de inclusão implica, por sua vez, estar em relação com o outro. (Ferreira, A.B.H. *Novo dicionário Aurélio*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975, pag. 27) É exatamente nesse sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de”, que afirma o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância política, ética e estética da Política Nacional de Humanização do SUS.

O princípio do acolhimento não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo, isto é, faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e na ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades das pessoas que procuram os serviços de saúde, principalmente àqueles que apresentam maior sofrimento e/ou apresentam maior grau de vulnerabilidade e fragilidade. (Biblioteca Virtual em Saúde –BVS – Dicas em Saúde. Disponível em [HTTP://bvsm.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html](http://bvsm.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html). acessado em 20/06/2016).

O acolhimento deve ser realizado nos locais de permanência das pessoas em situação de rua, sendo a porta de entrada para o SUS. Porém as equipes de CnaR devem buscar respostas às demandas no compartilhamento das questões com a rede. É, a partir do acolhimento das equipes de CnaR, que a população que vive nas ruas e suas demandas ganham visibilidade na rede de serviços.

**É fundamental que as equipes sensibilizem os profissionais da rede para atendimento dessa população.**

#### **6.4.2 Matriciamento e Articulação do cuidado**

Matriciamento ou apoio matricial é uma estratégia de promover saúde e articular o cuidado em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, formulam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica que visa buscar um modelo horizontal de ações que integrem os saberes de modo transdisciplinar e os diferentes níveis assistenciais. *Guia Prático de matriciamento em saúde mental/ Dulce Helena Chiaverine ( organizadora) ( et al.) ( Brasília) : Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011 236p. ( matriciamento) Saúde Mental – Matriciamento. I- Chiaverine, Dulce Helena; II- Brasil, Ministério da Saúde; III – Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; IV- Título (matriciamento). Fonte: Ministério da saúde, coordenação de saúde mental, Saúde mental na Atenção Básica.)*

O apoio matricial será formado por um conjunto de profissionais que não tem necessariamente relação direta e cotidiana com o usuário. Nesta estratégia de gestão em saúde, a equipe de CnaR é a desencadeadora do processo de discussão proporcionando a retaguarda especializada da assistência e potencializando um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população.

As equipes de CnaR devem articular encontros de apoio matricial com profissionais de outros serviços da rede de saúde do território, sensibilizando para as demandas da população em situação de rua, e promovendo o acesso dos usuários aos serviços. Assim, espera-se que os preconceitos e resistências possam ser paulatinamente vencidos com o cuidado compartilhado dos casos de forma mais contínua. A participação das equipes nas reuniões técnicas das Unidades problematizando a responsabilização e ampliação do olhar para o território, já possibilita a ação matriciadora. Os profissionais das equipes de CnaR também serão matriciados por outras equipes que atuam no território.

#### **Matriciamento Intersetorial**

O trabalho com a rua exige um trabalho intersetorial intenso, com o objetivo de alcançar o cuidado integral das pessoas nesta situação. A maior aproximação, sem dúvida, é com os serviços da Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) e o

Sistema Único da Assistência Social (SUAS), que está organizada entre a Proteção Social Básica e Proteção Social Especial, a saber:

A **Proteção Social Básica** tem como objetivo prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisição e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e/ou fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras).

A **Proteção Social Especial** é a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social por ocorrência de abandono, maus tratos e físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas sócio-educativas, situação de trabalho infantil, e SITUAÇÃO de RUA.

As equipes de Consultório na Rua devem fazer a articulação prioritariamente com esta última, realizando o matriciamento com os serviços que a compõe.

([http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/tipificacao.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf) – Tipificação da SMADS, 2013)

Porém, esta rede de atendimento não se restringe às instituições governamentais do SUAS, estende-se a diversas instituições não governamentais, como instituições religiosas, pastorais e voluntários que acolhem e atendem a população em situação de rua com diversas vulnerabilidades em saúde.

Entende-se que é fundamental o cuidado em saúde desta população acolhida e frequentadora de todos esses serviços; ao mesmo tempo que, a garantia de vagas nestes serviços representa condição fundamental para esta garantia de cuidados.

Diante disso, uma das atribuições das equipes de CnaR é dar suporte à Rede Intersetorial que atende a população em situação de rua, facilitando a articulação entre estes serviços e os demais equipamentos de saúde do território.

Na perspectiva da atenção integral, as equipes de CnaR devem facilitar o acesso a rede intersetorial, realizar matriciamento, bem como promover encontros entre diferentes serviços, como Defensoria Pública, Ministério Público, Conselho Tutelar, Direitos Humanos, Defesa Civil, Subprefeitura, Casa de Cultura e Centros Esportivos entre outros.

### **6.4.3 Redes de Cuidado**

O eixo norteador da organização do trabalho das equipes de CnaR deve ser pautado no conceito de CUIDADO, que traz potência para uma atuação mais eficaz, mobilizando dispositivos centrados na responsabilização e na vinculação, visando a integralidade da atenção à saúde.

De acordo com Ayres (2004) entende-se “...*cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde*”. Ayres, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3):16-29,2004.

Ao incorporar a concepção do cuidado no processo de trabalho da equipe de CnaR o desdobramento seguinte é estabelecer trajetórias possíveis do ato de cuidar, desenhadas no que se denomina de LINHAS DE CUIDADO, que são formatos organizacionais, fluxos e caminhos para a atenção integral do sujeito que se cuida, isto é:

“... *linha do cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social*”. Franco, T.B; Magalhães Jr, H. A Integralidade e as Linhas de

Cuidado; in Mehry E. et al. O trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no cotidiano. Hucitec. São Paulo, 2003.

Imediatamente ao conceito de “linha de cuidado” vem a formulação das REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE, que segundo Mendes (2010) “...são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população”. Mendes, E.V. As redes de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2297-305, 2010.

Para as equipes de CnaR esses conceitos são fundamentais na atuação e consolidação de modos de operar o trabalho nos respectivos territórios, construindo processos de (re)conhecimento de necessidades e demandas sociais e de saúde, articulando e tecendo a REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE, substanciadas em LINHAS DE CUIDADO, integrais e intersetoriais referenciadas no conceito de CUIDADO.

Para o trabalho das equipes de CnaR é importante conhecer algumas redes de atenção e cuidado prioritárias, seja pela vulnerabilidade das pessoas a serem inseridas em tais redes, seja pela prevalência de alguns agravos à saúde das pessoas em situação de rua.

Na cidade de São Paulo temos as seguintes redes de atenção em saúde, com seus manuais e legislações específicas.

- Saúde da Criança e do Adolescente;
- Saúde da Mulher;
- Saúde do Homem;
- Saúde da Pessoa Idosa;
- Saúde da Pessoa com Deficiência;
- Saúde da Pessoa com Doenças Crônicas Não Transmissíveis;
- Saúde Mental;
- Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

- Assistência Laboratorial;
- DST/AIDS.
- Assistência Farmacêutica.

Para acessar os manuais, legislações específicas ou outros documentos relacionados a cada uma das áreas acesse:

[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao\\_basica/index.php?p=1886](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=1886)

8

Além das redes de atenção, as equipes de Consultório na Rua deverão trabalhar integradas com:

- Programa Municipal de Tuberculose;
- Programa Municipal de Hepatites;
- Áreas Técnicas de Urgência e Emergência;
- Área Técnica de Violência;
- Área Técnica da População Negra;
- Área Técnica da População Indígena;
- Área Técnica de População Imigrante;
- Interlocação técnica de População LGBT.

#### ***6.4.4 Projeto Terapêutico Singular***

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um modo de organizar o processo de trabalho das equipes de saúde, rompendo com prescrições padronizadas a partir de diagnósticos e construindo as ações com o usuário a partir de sua história de vida, vivência atual, sofrimentos, potencialidades e desejos. Portanto, a construção do PTS necessariamente será a partir do acolhimento e do vínculo com um profissional de saúde, o qual fará as articulações na rede para compartilhar o cuidado e a execução das ações terapêuticas de forma contínua e dinâmica.

A palavra “Projeto” indica um plano a ser realizado, a palavra “terapêutico” vem do grego e provém da ideia de cuidar de alguém e singular remete a especificidade de cada pessoa ou grupo com sua história, cultura, questões e potencialidades. PTS será, portanto, um plano para cuidar de alguém de modo singular, considerando sua vivência como única e diferente.

Nesta perspectiva e considerando a temporalidade das pessoas em situação de rua, o PTS deve ser direcionado ao futuro das pessoas, ao que elas desejam e buscam atingir, porém as ações devem estar calcadas no momento atual, factíveis no presente, possibilitando ao usuário alcançá-las. ( Incluir referencial bibliográfico)

Há quatro passos para elaboração do PTS<sup>4</sup>:

1. Diagnóstico: deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Deve tentar captar como o Sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social.
2. Definição de metas: uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o Sujeito e pelo membro da equipe com quem tiver um vínculo mais significativo.
3. Divisão de responsabilidades: é importante definir, com clareza, as tarefas de cada participante do processo.
4. Reavaliação: momento em que se discutirá o desenvolvimento do caso e as devidas correções de rumo.

## 7. Cadastramento

---

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Cada equipe de consultório na rua deverá ter uma lista atualizada de cadastros das pessoas em situação de rua acompanhadas por ela.

O número de cadastros e pessoas acompanhadas por cada uma das equipes de Consultório na Rua deverá ser avaliado em cada território, de acordo com as necessidades e processos de trabalho locais, devendo seguir recomendação da portaria n. 122 de 25 de Janeiro de 2011, que define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua, utilizando como parâmetro uma equipe a cada oitenta a mil pessoas em situação de rua.

Estes cadastros poderão ser realizados por qualquer profissional da equipe, preferencialmente por aquele com maior vínculo com o indivíduo. O cadastro tem como objetivo o planejamento e organização dos processos de cuidado.

Para a realização do cadastro do indivíduo na equipe de Consultório na Rua, como em quaisquer outros serviços de saúde, não há a obrigatoriedade de documento de identidade (RG) do indivíduo, sendo o acesso à Saúde direito assegurado constitucionalmente.

O critério para que o cadastro seja realizado é o desejo do indivíduo para tal e a presença do mesmo no território da equipe de Consultório na Rua. Os indivíduos que desejarem ser acompanhados pela equipe de Consultório na Rua poderão fazê-lo mesmo que não desejem ser cadastrados por ela.

Caso o indivíduo em situação de rua saia do território ou deixe de ser visto pela equipe de Consultório na Rua nos últimos 3 meses, deverá ter seu cadastro INATIVADO dentro do serviço de saúde de referência.

As pessoas em situação de rua deverão ter seus prontuários abertos nos serviços de saúde, seguindo a rotina de cadastro dos mesmos. Nas unidades de saúde tradicionais, sem Estratégia Saúde da Família (ESF), ou Unidades Mistas, em que a área de referência do indivíduo não tiver cobertura da ESF, os indivíduos terão seus prontuários abertos na Unidade Básica, seguindo a sequência de numeração como qualquer outro indivíduo morador ou trabalhador do território.

Nas Unidades de Estratégia Saúde da Família este indivíduo deverá ser cadastrado pela equipe de ESF do território onde este indivíduo passar a maior parte do tempo, ou onde ele identificar como seu local de referência no território.

A equipe de Consultório na Rua deve manter cadastro deste indivíduo mesmo que ele já esteja cadastrado na Unidade Básica de Saúde do território, enquanto for necessária a atuação compartilhada das duas equipes para garantir o cuidado integral deste indivíduo.

Nos demais serviços de saúde, como Centros de Atenção Psicossocial, Ambulatórios de Especialidade, Pronto Socorros, Hospitais entre outros, o cadastro deverá acontecer seguindo a rotina de qualquer outro indivíduo do território.

## **8. Registro do cuidado**

Cada indivíduo acompanhado pela equipe de Consultório na Rua deverá ter seu processo de cuidado em saúde devidamente registrado em prontuário na UBS de referência do usuário, a fim de garantir seu cuidado longitudinal.

## **9. Educação permanente**

Segundo Campos, 2011, entre as atribuições dos profissionais existem as específicas, relativas ao seu núcleo de atuação, sendo o conjunto de conhecimentos e de atribuições (tarefas) específicos e característicos de cada profissão ou especialidade.

Porém também existe o campo de atuação profissional, que é aquele conjunto eventual de conhecimento e tarefas que uma profissão ou especialidade deverá se apropriar para lograr eficácia e eficiência. (Campos, G.W.S.; Cunha, G.T. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 20, n.4, p.961-970, 2011.)

O profissional do Consultório na Rua deverá transitar CONTINUAMENTE entre o seu campo de atuação e o núcleo de conhecimento necessário para o trabalho com a rua, transitar

este que será construído a cada encontro, a cada discussão de caso, a cada visita compartilhada entre os profissionais da equipe e da rede intersetorial.

Deverá ser garantido aos profissionais que iniciarem o seu trabalho no consultório na Rua, um espaço de formação introdutória que possa discutir as diretrizes do SUS e da Atenção Básica, bem como discutir a dinâmica da rua e os processos de trabalho das equipes e da rede intersetorial.

Este espaço introdutório deverá ser organizado coletivamente entre Secretaria Municipal de Saúde, por meio das Supervisões Técnicas de Saúde local, Coordenadorias Regionais de Saúde e as Instituições parceiras.

Os trabalhadores dos consultórios na Rua deverão ter acesso aos processos de educação permanente de toda a rede de saúde, devendo ser levantadas regularmente as necessidades específicas de formação e capacitação para os mesmos, ao longo das discussões dos processos de trabalho e vivências diárias.

## **10. Atribuições gerais dos componentes da equipe dos CnaR**

- Conhecer o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Atenção Básica em Saúde;
- Participar e contribuir para a execução da agenda Municipal da Saúde, segundo sua qualificação profissional,
- Conhecer a Rede de Atenção Psicossocial;
- Seguir as normatizações e protocolos da SMSSP;
- Trabalhar e compor equipe multiprofissional contribuindo para o desenvolvimento do trabalho horizontal da equipe;
- Documentar os atendimentos e providenciar relatórios quando necessário,
- Coletar e registrar as ações desenvolvidas e as informações obtidas individual e/ou coletivamente, a fim de garantir cuidados integrais às pessoas acompanhadas pela equipe;
- Identificar e priorizar o atendimento às condições de exposição à situação de risco individual e coletivo,

- Acolher e construir vínculos com os usuários;
- Respeitar a dinâmica do território: conhecer, diagnosticar, intervir e avaliar a prática cotidiana de acordo com as necessidades da população da região.
- Promover e participar de ações intersetoriais com outros órgãos do poder público e sociedade civil,
- Elaborar Projetos Terapêuticos Singulares (PTS);
- Trabalhar na perspectiva da Redução de Danos e da clínica ampliada;
- Realizar atividades em grupo;
- Compartilhar o cuidado com profissionais das equipes de UBS, NASF, CAPS, CREAS POP, SEAS entre- outros;
- Realizar a articulação com as UBS do território a fim de garantir o acolhimento e atendimento da população em situação de rua, o mais próximo possível de seu local de permanência;
- Garantir reuniões de equipe e intersetoriais;
- Realizar o monitoramento dos agravos de saúde de acordo com as competências técnicas;
- Realizar atividades de vigilância em saúde;
- Participar de atividades de educação permanente na rede.
- Participar de espaços de monitoramento de indicadores de qualidade e processo de trabalho, sempre que solicitado pela Coordenação das Instituições Parceiras, Supervisão Técnica de Saúde, Coordenadoria Regional de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde.

### ***10.1 Atribuições dos profissionais***

É importante que os profissionais reconheçam que no dia a dia de trabalho poderão surgir diferentes demandas e atribuições não descritas neste documento, devendo ser construídas ao longo do processo de cuidado.

**Gestor do Serviço da Rede de Saúde** - (Em que a equipe de Consultório na Rua estiver vinculada NO MOMENTO):

O gestor de todo e qualquer serviço de saúde que acolher e/ou cuidar de um munícipe em situação de rua, tem como responsabilidade oferecer respaldo técnico, operacional e administrativo que se faça necessário para garantir o atendimento integral ao mesmo.

- Apropriar-se do trabalho desenvolvido pela equipe, como qualquer outra equipe da UBS de sua responsabilidade,
- Auxiliar a equipe na articulação de rede, quando necessário,
- Solicitar reuniões conjuntas entre equipe do Consultório na Rua e demais trabalhadores da Unidade Básica, a fim de garantir o cuidado integral do indivíduo em situação de rua naquele serviço,
- Auxiliar a articulação da equipe de Consultório na Rua com a Supervisão Técnica de Saúde e Coordenadoria Regional de Saúde do Território;
- Realizar interface com as Instituições parceiras a fim de estreitar as relações com a Rede, Comunidade e Trabalhadores das Instituições.

### **Interlocutor Técnico ou Gerente do Consultório na Rua**

- Realizar encontros periódicos com as equipes de consultório na Rua para avaliação e busca de novas estratégias de trabalho; que respondam as necessidades locais,
- Realizar interface e diálogo com a rede de serviços ligados diretamente e indiretamente com a rede pública de saúde, com o objetivo de incluir de forma ampla a discussão sobre a saúde da população em situação de rua, garantindo os acessos e o cuidado integral do cidadão;
- Realizar acompanhamento dos processos de trabalho das equipes e apontamentos de resultados por meio de reuniões, rodas de conversa, capacitações, educação continuada, escuta individual e entre outras estratégias,
- Avaliar a qualidade no cuidado do indivíduo em situação de rua, pautando-se nos indicadores de necessidades e assistência prestada a essa população.

- Acompanhar os aspectos relativos à boa conduta profissional no que se refere à assiduidade, pontualidade, cumprimento de regras e realização do trabalho
- Participar dos processos seletivos dos profissionais dos Consultórios na Rua, juntamente com o coordenador e/ou gestor dos consultórios na rua, interlocuções de STS, CRS e SMS e equipe de Recursos Humanos da Instituição parceira,
- Avaliar, conjuntamente à coordenação institucional parceira, Recursos Humanos e Supervisão Técnica de Saúde local o desempenho anual e do período de experiência dos trabalhadores dos Consultórios na Rua,
- Monitorar produções mensais junto aos gestores e equipes, atentando para o cumprimento das metas pactuadas no convênio,
- Realizar relatórios finais de produtividade das equipes e preenchimento de planilhas como consolidados e filipetas de prestação de contas, em parceria com equipe institucional da do parceiro,
- Discutir e facilitar encaminhamentos de casos complexos com as equipes;
- Participar de encontros de monitoramento da Supervisão Técnica de Saúde, Coordenadoria Técnica de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde.
- Reunir se com os diversos serviços de saúde ou da rede intersetorial, como periodicidade definida de acordo com as necessidades, para discutir processos de trabalho das equipes de Consultório na Rua;
- Estabelecer fluxos de comunicação entre as equipes, gestores da UBS de referência e Interlocutores dos Consultórios na Rua das Supervisões Técnicas de Saúde e Coordenadorias Regionais de Saúde,

## **Médico**

- Realizar consulta médica de acordo com resolução do Conselho Regional de Medicina - CRM 1958/2010 - a qual compreende anamnese, exame físico e a elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas, solicitação de exames complementares, quando necessário, e prescrição terapêutica;

- Realizar consultas na UBS de referência e “*in loco*” (*na rua ou em locais de moradia e convivência de pessoas em situação de rua*) quando necessário, com abordagem integral através de acordo com o preconizado da clínica ampliada e redução de danos;
- Atender pessoas em situação de rua em consultas médicas individuais ou compartilhadas com médicos generalistas e especialistas, além de outros profissionais;
- Realizar visitas nos locais onde estão habitando, avaliando riscos, vulnerabilidade e compartilhando os resultados com a equipe para conhecimento e desdobramento de ações;
- Acompanhar -pacientes em consultas com especialista ou em atendimentos de urgência e/ou emergência, internações hospitalares e avaliações médicas de outras naturezas, sempre que necessário;
- Discutir com profissionais da equipe de CnaR e outros, possibilidades de tratamentos e encaminhamentos que contribuam para o bem estar do indivíduo, mudanças de estilo de vida, etc;
- Participar de grupos e eventos que tratem de assuntos pertinentes à promoção da saúde e prevenção de doenças na população em situação de rua;
- Participar de reuniões da Rede de Atenção Psicossocial;
- Contribuir com seus conhecimentos para elaboração de documentos e protocolos que possam atender a pessoas em situação de rua em todos os contextos;
- Participar do matriciamento de profissionais que atendam em seus territórios pessoas em situação de rua nos diferentes níveis de atenção;
- Discutir casos em reuniões técnicas com a rede de -serviços de assistência social e da saúde construindo propostas compartilhadas de cuidado dos pacientes acompanhados por ambas as equipes;
- Acompanhar regularmente as crianças menores de 1 ano, adolescentes, gestantes, gestantes portadoras de sífilis, hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose, DST/HIV/AIDS e outras doenças infecto-contagiosas, portadores de transtornos mentais e usuários de álcool, *crack* e outras drogas;
- Contribuir de forma ativa no processo de educação permanente.

## **Enfermeiro**

- Conhecer o território a fim de organizar o processo de trabalho da equipe, definindo a área de responsabilidade de cada Agente de Saúde, identificando as prioridades e supervisionando o seu trabalho;
- Avaliar e discutir os dados de registro do trabalho mensal e perfil do território a fim de planejar as ações da equipe;-
- Supervisionar o fechamento da produção mensal dos Agentes de Saúde e Auxiliares de Enfermagem;
- Articular as ações conjuntamente com a equipe e com a rede intersetorial do território;
- Realizar busca ativa das gestantes em situação de rua promovendo o pré - natal responsável;
- Acompanhar regularmente as crianças menores de 1 ano, adolescentes, gestantes, gestantes portadoras de sífilis, hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose, DST/HIV/AIDS e outras doenças infecto-contagiosas, portadores de transtornos mentais e usuários de álcool, *crack* e outras drogas;
- Realizar a organização das buscas ativas coletivas de tuberculose no território de responsabilidade da equipe;
- Realizar o acompanhamento do tratamento dos casos de tuberculose, garantindo o tratamento supervisionado (T.D.O), controle dos faltosos, seguindo o protocolo municipal de tratamento de tuberculose, em conjunto com a vigilância epidemiológica da área de abrangência da Equipe de Consultório na Rua;
- Realizar atividades educativas no território de sua responsabilidade, a fim de sensibilizar a população para realização de sorologias para HIV, Sífilis e Hepatites;
- Realizar aconselhamento e testagem rápida de HIV, sífilis e Hepatites dentro da UBS e *in loco*, mediante treinamento específico sobre a temática e técnica utilizada;
- Garantir o monitoramento pós-tratamento nos casos de sífilis para alta da vigilância epidemiológica, segundo o protocolo vigente;
- Acompanhar os casos de HIV/Aids em conjunto com a vigilância epidemiológica da área de abrangência da Equipe de Consultório na Rua e em serviços de referência, estabelecendo fluxos de comunicação entre eles;
- Realizar visitas na rua e nos equipamentos sociais de acordo com o planejamento diário/semanal, bem como as prioridades clínicas, epidemiológicas/sociais;

- Discutir casos em reuniões técnicas com a rede de serviços de assistência social e da saúde construindo propostas compartilhadas de cuidado dos pacientes acompanhados por ambas as equipes;
- Articular reuniões sistemáticas com equipe de Serviço Especializado de Abordagem Social (SEAS) do território a fim de organizar visitas compartilhadas e pensar em atividades de cuidados conjuntas;
- Realizar Consulta de Enfermagem preferencialmente na UBS de referência ou “in loco”, em locais que ofereçam condições mínimas necessárias ao atendimento de acordo com o conceito de clínica ampliada e redução de danos;
- Participar ativamente dos processos de educação permanente.
  - ➔ Demais atribuições seguir o Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem SMS-SP vigente. (São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde, 2012).

### **Psicólogo**

- Atuar junto à equipe multiprofissional identificando os aspectos da subjetividade que intervêm na saúde geral do indivíduo;
- Realizar atendimento psicológico individual ou em grupo, nas UBS de referência nos equipamentos sociais ou “in loco”;
- Considerar a singularidades do sujeito quanto a suas necessidades e dificuldades para o enfrentamento da problemática do uso abusivo de álcool, crack e outras drogas e das condições adversas da rua;
- Participar das discussões de casos com a equipe para construção do Projeto Terapêutico Singular; e providenciar os encaminhamentos necessários;
- Atuar em parceria com profissionais de outras áreas para articular o trabalho intersetorial e intersecretarial;
- Realizar planejamento conjunto com os profissionais dos diversos serviços que atuam no território, focando no resgate e fortalecimento da autoestima;
- Realizar o acompanhamento dos casos sob a responsabilidade da equipe;
- Trabalhar o retorno aos vínculos interrompidos com familiares e sociedade.

## **Assistente Social**

- Atuar no atendimento direto com ações socioassistenciais, de articulação interdisciplinar e ações socioeducativas no trabalho do Consultório na Rua, com vistas à promoção da saúde e prevenção de doenças, (**Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais nas Políticas de Saúde. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Conselho Federal de Serviço Social, Brasília, 2010**)
- Democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária; orientando, encaminhando e acompanhando os usuários quanto aos benefícios sociais e previdenciários;
- Fortalecer os vínculos familiares respeitando as potencialidades, na perspectiva de incentivar o usuário e a se tornar sujeito do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
- Desenvolver atividades de inserção social e articulação junto aos serviços da rede de assistência social, de saúde e de educação, dentre outros;
- Mapear e articular os recursos do território a fim de promover a reinserção social e familiar;
- Orientar, encaminhar e acompanhar os usuários quanto aos benefícios sociais e previdenciários;
- Promover o reconhecimento da cidadania por meio da recuperação de documentos pessoais;
- Trabalhar em cooperação com os agentes sociais visando ações de redução de danos e promoção da cidadania;
- Contribuir nas sensibilizações dos profissionais quanto os aspectos relacionados ao resgate da cidadania e benefícios para a população em situação de rua;
- Realizar visita nos serviços da rede de assistência;
- Planejar, elaborar e conduzir grupos educativos no território;
- Participar de reuniões de articulação de rede;
- Conhecer e articular o trabalho com outros serviços de saúde, assistência, trabalho, entre outros, do território,

- Apoiar e monitorar o acompanhamento dos aspectos sociais dos PTS.
- Realizar o acompanhamento social dos indivíduos acompanhados pela equipe;
- Em relação às demandas identificadas, temos as seguintes propostas para os ACSR;
- Realizar acompanhamento das questões de moradia da população em situação de rua, em parceria com as secretarias de assistência e desenvolvimento social, bem como secretaria de habitação, buscando encaminhamentos para espaços de moradia possíveis para cada uma das situações,
- Realizar acompanhamento das questões de educação e trabalho da população em situação de rua, em parceria com a secretaria de Educação, Trabalho e Cultura buscando encaminhamentos para espaços educacionais, de formação profissional e/ou geração de renda,
- Desenvolver atividades coletivas, como de biblioteca circulante, eventos culturais, participação em eventos ligados ao movimento do povo da Rua, Fóruns da área da Assistência Social, ONG's, Conferência Municipal da Saúde, de acordo com as necessidades e desejos da população em situação de rua daquele território,

### **Agente Social**

- Realizar ações de promoção e prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas com perspectiva de redução de danos;
- Favorecer o acesso de ações de saúde e sociais nos locais de concentração de usuários de substâncias psicoativas;
- Estimular e favorecer o acesso às oportunidades de capacitações profissionais, visando a inclusão ao mercado de trabalho;
- Identificar recursos sociais e culturais do território visando ações de redução de danos;-
- Auxiliar no acompanhamento dos aspectos sociais dos PTS.

### **Cirurgião Dentista**

- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe do Consultório na Rua, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- Realizar os atendimentos odontológicos dentro e fora do serviço de saúde;
- Realizar ações de prevenção em Saúde Bucal nos serviços da assistência social;
- Supervisionar tecnicamente a equipe de saúde bucal: Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB);
- Encaminhar os casos específicos para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).-

### **Técnico/Auxiliar de Enfermagem**

- Realizar procedimentos de enfermagem in loco conforme as orientações do Manual de Normas e Rotinas da Enfermagem;
- Realizar ações de vigilância à saúde com vistas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde;
- Realizar busca ativa no território dos principais agravos prevalentes de acordo com o planejamento da equipe;
- Realizar visitas na rua e nos equipamentos sociais seguindo o planejamento diário/semanal, bem como as prioridades clínicas, epidemiológicas e sociais;
- Monitorar e realizar procedimentos de enfermagem nos casos de gestantes em situação de rua;
- Realizar busca ativa de sintomáticos respiratórios;
- Realizar o acompanhamento do tratamento dos casos de tuberculose, promovendo o tratamento diretamente observado (TDO), controle dos faltosos, seguindo o protocolo municipal de tratamento de tuberculose, em conjunto com a vigilância epidemiológica da área de abrangência da Equipe de Consultório na Rua;
- Acompanhar o transporte de pessoas em situação de rua para o destino estabelecido na rede de atenção à saúde e/ou da assistência social, se necessário;

- Participar de campanhas, trabalhos de educação em saúde e redução de danos conforme planejamento da equipe;
  - ➡ Demais atribuições seguir o Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem SMS-SP vigente. (São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde, 2012).

### **Técnico em Saúde Bucal**

- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe do Consultório na Rua, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
  - Realizar ações educativas, atuando na promoção de saúde e prevenção de doenças bucais;
  - Realizar as atividades clínicas dentro e fora do equipamento de saúde, de acordo com suas competências técnicas e legais da profissão;
  - Encaminhar e agendar pacientes para a equipe de Saúde Bucal após ação fora do equipamento de saúde;
  - Organizar o ambiente de trabalho, considerando a sua natureza e as finalidades das ações desenvolvidas em saúde bucal.

### **Auxiliar em Saúde Bucal**

- Realizar as atividades clínicas dentro e fora do equipamento de saúde, de acordo com suas competências técnicas e legais;
- Organizar o ambiente de trabalho, considerando sua natureza e as finalidades das ações desenvolvidas em saúde bucal.

### **Agente de Saúde**

- Fazer o reconhecimento do território na concepção de espaço vivo, verificando os locais de concentração das pessoas em situação de rua, suas potencialidades e dinâmica;

- Realizar a aproximação e abordagem às pessoas em situação de rua do território visando à construção de vínculos;
- Realizar o cadastramento;
- Promover o acesso e inserção ao serviço de saúde;
- Realizar o acompanhamento dos usuários aos diversos níveis de atenção, sempre que necessário;
- Realizar o acompanhamento da situação de saúde das pessoas em situação de rua por meio de visitas periódicas;
- Manter atualizada as informações contidas na Ficha cadastral, mensalmente;
- Realizar registro dos relatórios de visitas no prontuário;
- Acompanhar mensalmente as crianças menores de 1 ano, adolescentes, gestantes, gestantes portadoras de sífilis, hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose, DST/HIV/AIDS e outras doenças infecto-contagiosas, portadores de transtornos mentais e usuários de álcool, *crack* e outras drogas;
- Realizar ações educativas individuais e coletivas de promoção e prevenção em saúde conforme planejamento da equipe.

#### **Auxiliar Técnico Administrativo - ATA**

- Digitar a produção da equipe no aplicativo vigente;
- Agendar consultas e digitar no SIGA\_(Sistema de Informação e Gerenciamento Assistencial);
- Separar, destinar e arquivar os prontuários;
- Digitar a produção no BPA\_(Boletim de Produção Ambulatorial);
- Participar de reuniões de equipe;
- Digitar relatórios e memorandos;
- Ler, dar encaminhamentos e responder aos emails da equipe;
- Realizar levantamento de horas dos membros da equipe;
- Apoiar administrativamente a equipe;
- Responder diretamente ao gerente da UBS.

## **11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Ayres, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do)humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3):16-29,2004.

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) – Dicas em Saúde. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>, acessado em 20/06/2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico

singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.305, Comitê Técnico da Saúde para a População em Situação de Rua. Dez, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Decreto n. 7053 de 23 de Dezembro de 2009. Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Dez, 2009.

Brasil. Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais nas Políticas de Saúde. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Conselho Federal de Serviço Social, Brasília, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 122, de 25 de Janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Jan.2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica – PNAB/Portaria Nº 2.488, Out, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3088, 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 (SUS), Dez. 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 122 de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, previstas pela

Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que atualiza a Política Nacional de Atenção Básica. Jan. 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 123 de 25 de janeiro de 2012 define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua por Município. Jan. 2012.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1922, de 5 de Setembro de 2013. Altera dispositivos da portaria n. 122/GM/MS, de 25 de Janeiro de 2012, que define as diretrizes de organização e financiamento das equipes dos Consultórios na Rua. Set, 2013.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social – SNAS, Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, Brasília, 2013. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/tipificacao.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf), acessado em 20/08/2016.

Brasil. Ministério da Saúde. 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. Maio, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.238, de 6 de Junho de 2014. Fixa o valor do incentivo de custeio referente as equipes de consultório na rua nas diferentes modalidades. Junho, 2014.

Carneiro Junior, N.; Nogueira, E.A.; Lanferini, G.M.; Ali, D.A.; Martinelli, M. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. *Saúde e Sociedade*, 7(2):47-62, 1998.

Carneiro Junior, N.; Jesus, C.H.; Crevelim, M.A. A estratégia saúde da família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saúde e Sociedade*, 19(3):709-16, 2010.

Castel, R. A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à “desfiliação”. *Cadernos CRH*, 26/27:19-40, 1997.

Campos, G.W.S.; Cunha, G.T. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 20, n.4, p.961-970, 2011.

Ferreira, A.B.H. *Novo Dicionário Aurélio*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p. 27.

Finamor, A.L.N.; Alves, C.S.C.; Souto, S.O.; Souza, V.L. *Gestão de pessoas em saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

Franco, T.B; Magalhães Jr, H. A Integralidade e as Linhas de Cuidado; in Mehry E. et al. *O trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no cotidiano*. Hucitec. São Paulo, 2003.

Fundação Instituto de Pesquisa Econômica (FIPE); Secretaria de Assistência Social da Prefeitura do Município de São Paulo. *Censo da população em situação de rua na cidade de São Paulo – 2000*. São Paulo: FIPE, 2000.

Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo (FESPSP); Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social da Prefeitura do Município de São Paulo. *Censo da população em situação de rua na cidade de São Paulo – 2011*. São Paulo: FESPSP, 2012.

Guia Prático de matriciamento em saúde mental/ Dulce Helena Chiaverine (organizadora) ( et al.) ( Brasília) : Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011 236p. ( matriciamento) Saúde Mental – Matriciamento. I- Chiaverine, Dulce Helena; II- Brasil, Ministério da Saúde; III – Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; IV- Título ( matriciamento) Fonte: Ministério da saúde, coordenação de saúde mental, Saúde mental na Atenção Básica.)

Hwang, S.W. Access to primary care among homeless adults in Toronto, Canada: results from the street health survey. *Pen Medicine*, 5(2): 94, 2011

Mendes, E.V. As redes de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2297-305, 2010.

Motta, P.R. *Desempenho em equipes de saúde: manual*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.

Nascimento, E.P. Hipóteses sobre a nova exclusão social: dos excluídos necessários aos excluídos desnecessários. *Cadernos CRH*, 21:29-47, 1994.

Pustai, O.J. O sistema de saúde no Brasil. In: Duncan, B.B.; Schmidt, M.I.; Giugliani, E.R.J. (orgs). *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

São Paulo. Prefeitura da Cidade de São Paulo. Lei n. 12.316, de 16 de Abril de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade do poder público municipal a prestar atendimento à população de rua na Cidade de São Paulo, e dá outras providências. (Projeto de Lei n. 207/94, da Vereadora Aldaíza Sposati). Acesso em 13/08/2016 - [http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios\\_juridicos/cadlem/integra.asp?alt=26041997L%20123160000](http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/integra.asp?alt=26041997L%20123160000)

São Paulo. Prefeitura da Cidade de São Paulo. DECRETO Nº 40.232, DE 2 DE JANEIRO DE 2001 Regulamenta a Lei nº 12.316, de 16 de abril de 1997. Acesso em 13/08/2016 - [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/Decreto\\_40232\\_1265210068.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/Decreto_40232_1265210068.pdf)

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde; Secretaria da Assistência Social. *Protocolo de intenções Secretariais Saúde/SAS para políticas públicas das pessoas em situação de rua*. São Paulo, 2003 (mimeo).

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Manual Técnico : normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde, SMS. Coordenação da Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família, 2 edição, 2012.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. DECRETO Nº 53.795, DE 25 DE MARÇO DE 2013. Institui Comitê Intersetorial da Política Municipal para População em Situação de Rua. Mar. 2013.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Atenção Básica. *Estratégia Saúde da Família Especial*. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br>. Acesso 26 de março de 2014.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Fortalecimento a Atenção Básica no Município de São Paulo - Diretrizes Gerais Versão 1 – Jan/2015.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Linha de Cuidado de Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência do Município de São Paulo. São Paulo, SP, 2015.

São Paulo. Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas. Pesquisa Censitária da População em situação de rua, caracterização socioeconômica da população adulta em situação de rua e relatório temático de identificação das necessidades desta população na cidade de São Paulo, Sumário Executivo, 2015.

[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia\\_social/censo/SUMARIO%20EXECUTIVO.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/censo/SUMARIO%20EXECUTIVO.pdf), acessado em 13/08/2016

Spinelli, E. Maioria dos moradores de rua trabalha. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 01 mar. 2010. Caderno de cotidiano, p 3.

Vannucchi, A.M. C.; Barros, J.O. População em situação de rua: identificando necessidades para políticas públicas de inclusão social. In. Silveira, C.; Carneiro Junior, N.; Marsiglia, R.M. (orgs.) *Projeto inclusão social urbana: nós do centro. Metodologia de*

*pesquisa e de ação para inclusão social de grupos em situação de vulnerabilidade no centro da cidade de São Paulo*. São Paulo: Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho; Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 2009. pp. 61-90.

Varanda, W.; Adorno, R.C.F. Descartáveis urbanos. *Saúde e Sociedade*,. 13(1): 56-69, 2004.

Vieira, M.A.C.; Bezerra, E.M.R.; Rosa, C.M.M. *População de rua: quem é, como vive, como é vista*. São Paulo: Editora Hucitec, 1992.