



SECRETARIA MUNICIPAL DE DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA
COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA
SUBCOMITÊ PERMANENTE DE SAÚDE

ATA DE REUNIÃO Nº 05
SUBCOMITÊ DE SAÚDE

Realizada no dia 09 de Setembro de 2026

Data: 09 de Setembro de 2026

Horário de início: 15h00

Modalidade: Reunião virtual (aberta para todos)

Duração: 1h:36 mim.

Participantes representantes de governo: Josoé Durval, (SMDHC), Silvana Ferreira (SUS), Inspetor Valim (GCM).

Participantes sociedade civil:

Participantes organização social:

Convidados: Roseli Kraemer, Damiso Faustino, Julia Lima, Hellen Cristina, Claudia Ruggiero, Natalia, Lígia santos, Inspetor Valim, Tiago.

Abertura da Reunião

Sr. Josoé: Boa tarde! Eu vou aguardar mais 5 minutos para que os demais ingressem e, aí sim, a gente inicia a reunião. Obrigado.

Boa tarde, pessoal, dados os cinco minutos iniciais que mencionei para o ingresso dos demais participantes, vamos dar início à reunião do Subcomitê de Saúde, prevista para as 15 horas. Vamos nos organizar da seguinte maneira: encaminhamos as demandas de perguntas do último Subcomitê de Saúde, que aconteceu em abril, e, posteriormente, enviamos essas questões para a Secretaria de Saúde. Nossa representante no Comitê é a servidora Silvana Ferreira Gomes, que está aqui presente conosco.

Boa tarde, Silvana. Eu queria ver contigo se você gostaria de responder aos apontamentos das perguntas encaminhadas para as áreas afins ou se prefere

abrir para uma conversa com os presentes. Qual é o melhor caminho que você entende para esse debate?

Sra. Silvana: Boa tarde! Isso mesmo.

Sr. Josoé: Você prefere responder aos apontamentos das perguntas daquele ponto ou quer abrir para uma conversa com os presentes aqui? Qual é o melhor caminho que você entende para esse debate?

Sra. Silvana: Josoé, eu acho que cada área pode fazer as colocações de acordo com as solicitações que vieram no e-mail. Estou só repassando o link para o pessoal da Saúde Mental. Eles já estão entrando, mas a Dra. Lígia, responsável pela área da Saúde da Mulher, já está aqui com a gente.

Sr. Josoé: Certo. Então podemos começar com a Dra. Lígia. Quanto tempo você acha necessário? Deixamos livre para as explanações e depois abrimos para perguntas? Qual é o melhor caminho?

Sra. Lígia: Acho que podemos fazer uma conversa inicial e, em seguida, as pessoas podem questionar a respeito do atendimento.

Sr. Josoé: Sim. Por que digo isso? Porque temos delimitado um tempo de fala nas reuniões. Pedimos para que quem estiver presente levante a mão virtual do aplicativo e, assim, vou concedendo um tempo de até 3 minutos para a pessoa, município ou servidor que queira fazer o questionamento, tá bem?

Mas eu posso iniciar fazendo as perguntas que encaminhei por e-mail. São duas relativas à Saúde da Mulher. A primeira pergunta é:

Qual é o procedimento de verificação e o acesso às consultas especializadas nas Unidades Básicas de Atendimento, inclusive para a População em Situação de Rua? Qual é o procedimento adotado para a mulher que está em situação de rua no atendimento pelas UBSs? E como funciona a rede municipal? Como funciona a rede municipal de atendimento à Saúde da Mulher para mulheres em situação de rua, incluindo os serviços e unidades de referência disponíveis? Foram esses dois questionamentos iniciais acerca da saúde da mulher para essa população.

Sra. Lígia: Pensamos a saúde da mulher tentando encaixar o fato de ela estar em situação de rua dentro dos protocolos municipais, respeitando todas as especificidades dessa população em geral. Em princípio, são pessoas abordadas pelas equipes do Consultório na Rua. A unidade de saúde tem portas abertas para a entrada no SUS, como para qualquer outro munícipe.

Essas mulheres são encaminhadas para o atendimento na UBS para verificar se têm alguma demanda específica e, se necessário, são direcionadas aos serviços de referência distribuídos pela cidade. Todas as coordenadoras e supervisões têm seus serviços de referência para pré-natal de alto risco, atendimento de saúde mental e hospitais de referência; cada região tem o seu.

Sobre a outra pergunta, se existe um protocolo específico: não, não há um protocolo único. Avaliamos a questão de cada mulher, pois posso ter uma mulher em situação de rua com doença mental, outra com problema de drogadição, uma idosa ou alguém que não tenha uma doença específica, apenas esteja em situação de rua. Para cada situação é traçado um procedimento, um plano terapêutico e um plano de cuidado específico para acompanhá-la. Não existe um protocolo padronizado apenas pelo fato de estar em situação de rua; depende da condição clínica que a pessoa apresenta.

Sr. Josoé: Ok, muito obrigado, Dra. Lígia. Algum dos presentes tem alguma pergunta ou questão acerca do tema?

Por hora, Dra. Lígia, vamos aguardar, pois pode ser que no decorrer da reunião surjam outros questionamentos. Silvana, a respeito da Saúde Mental, o responsável já está online conosco?

Sra. Silvana: Sim, a Dra. Cláudia e a Hellen estão representando a área. A Dra. Cláudia é a diretora da divisão e a Hellen compõe a pasta.

Sr. Josoé: Certo, Dra. Cláudia. Posso fazer as perguntas que estavam no e-mail e desenvolvemos a conversa. São três perguntas da reunião de abril:

1. Como funciona o serviço do CAPS, com destaque para o CAPS IJ e o CAPS Mooca? Foi mencionado naquela reunião que não havia vagas de atendimento no CAPS Mooca na ocasião. Então, como funciona o CAPS e se temos informações específicas sobre o CAPS Mooca?
2. Qual é a sistematização das demandas referentes à possibilidade de implantação de CAPS na rua e a ampliação da Rede de Atenção à Saúde Mental voltada para a População em Situação de Rua?
3. Considerando as demandas relativas ao atendimento de crianças e adolescentes nos serviços do CAPS, especialmente diante dos relatos de déficit de profissionais e do impacto na qualidade, o que tem sido feito para atender crianças e adolescentes em situação de rua?

Por hora, Dra. Cláudia, são essas três perguntas.

Sra. Claudia: Agradeço o convite para participar desta reunião. É sempre muito bom podermos esclarecer questões relacionadas ao funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que não inclui apenas o CAPS, mas toda uma gama de serviços, inclusive a UBS e o Consultório na Rua.

Esse município que tem algum transtorno ou sofrimento relacionado à saúde mental precisa ser atendido nos diferentes pontos de acordo com a sua complexidade. À semelhança do que a Dra. Lígia colocou sobre a saúde da mulher, o cuidado é muito singular.

Respondendo objetivamente: a primeira pergunta é sobre o funcionamento do serviço CAPS, com destaque para o CAPS IJ Mooca e o CAPS Adulto Mooca que temos nesse território. Posso falar um pouco do funcionamento e, se quem

levantou a demanda puder explicar o que houve, a ideia é ajudarmos a solucionar os problemas e garantir o acesso à população.

O CAPS é um serviço criado a partir do modelo de cuidado territorial dessas pessoas com sofrimento mental, no local onde habitam e circulam. Anteriormente tínhamos o modelo estritamente asilar do hospital psiquiátrico, no qual as pessoas não circulavam na comunidade. Mudamos essa lógica para esse modelo de cuidado territorial, que é tanto ambulatorial quanto voltado para questões de maior complexidade e crise.

Atendemos a pessoa com transtorno mental grave, desorganizada, com questões de dependência química, sem adesão à medicação ou em situação de rua, incluindo a infância e a adolescência. Por isso temos três modalidades de CAPS.

Esse serviço deve funcionar de porta aberta: não precisa de agendamento prévio ou de encaminhamento da UBS. No funcionamento diurno (de segunda a sexta-feira), o acolhimento está aberto para receber toda e qualquer demanda — seja encaminhada, espontânea ou trazida pela equipe do Consultório na Rua.

Ao acolher a pessoa, a equipe traça o Projeto Terapêutico Singular (PTS) inicial, que definirá o espaço mais adequado para aquele momento. Isso pode ocorrer no próprio CAPS ou fora dele. Se for uma demanda muito grave e com risco, encaminha-se para uma UPA para cuidado hospitalar. Se for um caso para trabalhar com a UBS de referência e sua equipe multiprofissional, faz-se esse encaminhamento.

O CAPS cuida do munícipe durante o período mais crítico e de maior gravidade psicossocial. Muitas vezes, o agravamento decorre da extrema vulnerabilidade social, como na população em situação de rua. O CAPS pode acolher a pessoa para organizar o acompanhamento e o uso diário da medicação.

Alguns desses serviços são CAPS III, o que significa que possuem leitos para acolhimento noturno (não é internação hospitalar). São voltados para momentos em que a desorganização é tão grande que a pessoa não pode voltar para a rua, casa ou centro de acolhida. Nesses locais, há acompanhamento 24 horas. À noite e nos fins de semana, a equipe conta com enfermeiros, técnicos de enfermagem e profissionais de nível superior (psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais). Nesses períodos não há médico no local; se o caso exigir monitoramento médico intensivo, a pessoa é encaminhada para uma UPA ou leito de saúde mental em hospital geral.

Sobre a questão das vagas: temos capacidade limite por serviço e sabemos que a rede precisa expandir. Adoecimentos mentais são prevalentes e exigem mais recursos, além de uma UBS forte, Consultório na Rua atuante e articulação com redes socioassistenciais, culturais e de trabalho. Tratar o transtorno não basta se a pessoa não tem moradia, alimentação ou emprego.

O CAPS AD Mooca é um CAPS II com capacidade sempre alta. A gerente de lá, Ketlin, é muito receptiva e a equipe se organiza conforme as demandas chegam. Expandimos a rede continuamente com base nas necessidades territoriais, pactuadas com conselhos e no Plano Municipal de Saúde. O CAPS Adulto Mooca é relativamente novo e atende a uma região com alta demanda (Brás, Pará, Belém). O CAPS Infantojuvenil fica no Parque da Mooca e articula-se com o CECCO (Centro de Convivência e Cooperativa), espaço importante de promoção de saúde e inclusão social.

Portanto, o CAPS não deve devolver o paciente ao local de origem por falta de vagas. Ele é de porta aberta e deve acolher e organizar a demanda. Casos que superam a fase crítica podem ter continuidade do acompanhamento na UBS.

Sobre a segunda pergunta, quanto à implantação de "CAPS na rua": os CAPS AD e CAPS IJ contam com o profissional **redutor de danos**, que faz a busca e acompanhamento no território de pessoas que não chegam ou deixam de frequentar o serviço. O objetivo é criar vínculo para trazê-las ao cuidado na unidade. As equipes de CAPS Adulto também realizam ações no território, como visitas domiciliares e busca ativa de demandas reprimidas.

Quanto à ampliação das equipes do Consultório na Rua, elas atuam articuladas com a RAPS. Recentemente, promovemos capacitações e sensibilizações em saúde mental para os agentes comunitários e equipes do Consultório na Rua para qualificar essa abordagem.

Se houver locais onde o atendimento não esteja ocorrendo dessa forma, a orientação é procurar o gerente da unidade, a Supervisão de Saúde, a Coordenadoria e, em última instância, a Secretaria, além dos canais de ouvidoria.

Sobre a terceira pergunta, referente às crianças e adolescentes em serviços de acolhimento (SAICA ou Centros de Acolhida com familiares)...

Sr. Josué: Dra. Cláudia, sendo muito sincero, essa conversa aconteceu em abril e sistematizamos os pontos. Posso abrir a palavra para as pessoas que estão com a mão levantada contribuírem e retomarem esse ponto, como a Roseli, que estava presente naquela reunião e contribuiu bastante.

Sra. Claudia: Está bom, está joia.

Sra. Roseli: Muito obrigada à Dra. Cláudia por nos esclarecer. Eu sou uma lutadora pelo CAPS na rua; há 6 anos venho pedindo para o CAPS estar na rua, junto com o Consultório na Rua, fazendo esse trabalho.

Isso é fundamental dada essa doença mental coletiva que vivemos no abandono desse mundo bizarro que é a população em situação de rua, estando na calçada. Então venho pedindo há 6 anos e acho muito importante. Acredito que esse programa tem que ser ampliado, porque, embora haja um número razoável de CAPS, é muito pequeno para a nossa demanda, que é gigantesca.

Falo também sobre a mulher idosa na rua: qual é o tratamento, o acolhimento e o direcionamento dado a essa mulher idosa em situação de rua? Vivi muito isso no Centro POP. E quanto às crianças e adolescentes? Quando um jovem atinge 18 anos no SAICA, ele sai do serviço e é posto na rua. Muitas dessas pessoas são autistas ou têm outras questões de saúde mental e ficam na rua sem perspectiva ou direcionamento.

Gostaria de saber quais seriam os programas, se vocês já trabalham junto a esses jovens que estão saindo desse acolhimento e possuem diagnósticos como autismo — visto que muitos não conseguem ter contato com outras pessoas e preferem o isolamento.

Esta também é uma pauta muito importante: o que está sendo feito pelas mulheres e pelos idosos? Para onde eles vão? E aquele que precisa de um tratamento longo de saúde e não tem onde ficar? Gostaria de saber quais são as perspectivas da Saúde para essa demanda da população em situação de rua.

Obrigada e desculpe me alongar demais, mas são muitas pautas. Inclusive sobre a retirada de mães com crianças na rua, onde às vezes, por conta do uso compulsivo, não há um tratamento de redução de danos. Acho importantíssimo, com as novas leis, a redução de danos ter um grupo atuando junto com o Consultório na Rua e o CAPS, preparando outros profissionais para estarem na rua com a população. Seria isso, obrigada.

Sr. Josoé: Obrigado, Roseli. Dra. Cláudia, Dra. Lígia, preferem que façamos pergunta a pergunta ou responder por bloco?

Sra. Claudia: Tanto faz. Quer que eu já responda à Roseli, já que ela me esclareceu a dúvida?

Sra. Lígia: Tanto faz.

Sr. Josoé: Pode responder à Roseli, pois a colocação dela já nos ajudou na terceira pergunta. Obrigado.

Sra. Claudia: Roseli. Obrigada pela sua fala e por saber que tem alguém lutando conosco por essa população que tanto precisa.

Apenas para esclarecer: sabemos que o ideal seria termos cada vez mais serviços e buscar sempre a excelência no cuidado. É muito triste ver uma criança que está no SAICA fazer 18 anos e não ter mais esse acolhimento. O que fazer nessa situação?

Para contextualizar: enquanto a criança está no SAICA, ela é prioridade da nossa Rede de Atenção Psicossocial, pois é um indivíduo que já sofreu uma série de privações e está em altíssima vulnerabilidade — fora do seio familiar, muitas vezes tendo vivenciado situações de violência e questões socioeconômicas graves. É uma criança que requer o nosso padrão ouro de cuidado.

Todos os nossos CAPS IJ fazem o acompanhamento dos SAICAs de referência durante todo esse período. A faixa etária atendida pelo CAPS IJ vai até os 18 anos, mas, se o jovem atinge essa idade e continua muito vinculado ao serviço, mantemos o acompanhamento no CAPS IJ. Quando é necessária a continuidade por mais tempo, o CAPS IJ faz uma transição cuidadosa para o CAPS Adulto.

Contudo, a questão apontada por você, Roseli, é um desafio que também reconhecemos: onde esse jovem vai residir ou ficar acolhido após os 18 anos. A Saúde não possui um serviço próprio de moradia ou acolhimento para essa transição. Essa é uma preocupação constante, pois até os 18 anos existe essa prioridade total, assim como o idoso tem a rede de proteção. Mas existe essa faixa etária jovem-adulta sobre a qual precisamos nos debruçar para pensar o acolhimento.

Para os idosos, existem as ILPIs e os Centros de Acolhida, que são serviços da SMADS (Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social). É importante fazermos esse diálogo interdisciplinar para contemplar a todos.

Seguimos trabalhando de forma integrada. Em regiões com maior concentração de população em situação de rua, temos CAPS bastante atuantes. Um exemplo é a região de Pinheiros, onde o CAPS Adulto Itaim Bibi trabalha o tempo todo articulado com a equipe do Consultório na Rua para atender casos de transtorno mental na rua. É um trabalho que precisamos fortalecer constantemente.

Sr. Josoé: Obrigado, Dra. Cláudia. Vou passar a palavra para a próxima pessoa. Damiso, por gentileza, pode fazer sua pergunta.

Sr. Damiso: Boa tarde, sou Assessor do deputado Eduardo Suplicy, vou tentar fazer três perguntas:

1. Gostaria de saber como está o **monitoramento de óbitos** da população em situação de rua. A Saúde teve um papel fundamental na construção do GT. Como está funcionando? Já há revisão da comunicação dos dados e o trabalho de monitoramento está acontecendo?
2. Aproveitando que a Dra. Cláudia destacou a RAPS e o cuidado em liberdade — diretriz que defendemos —, gostaria de saber se o município possui dados ou acompanhamento sobre a quantidade de pessoas em situação de rua encaminhadas para **Comunidades Terapêuticas (CTs)**. Existe esse controle para sabermos o quantitativo de pessoas direcionadas a essas instituições por políticas municipais?
3. Recebemos frequentemente no gabinete casos de pessoas que passam por longos períodos de internação ou cuidados de saúde e, ao receberem alta, não possuem mais a vaga no serviço de acolhimento nem contam com leitos de retaguarda. Sabemos das dificuldades na implantação de serviços híbridos entre Saúde e Assistência Social. Como essas informações chegam à Política Municipal de Saúde e de que forma a gestão tem olhado para a vulnerabilidade agravada dessas pessoas pós-alta?

Sra. Silvana: Damiso, vou responder em relação ao **GT de Monitoramento de Óbitos**.

Iniciamos esse trabalho em 2023, com o processo da portaria e publicação. Realizamos cerca de três reuniões iniciais. Posteriormente, houve mudança de gestão na Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania (SMDHC). Quando o novo gestor assumiu, a retomada dos levantamentos de dados foi reiniciada.

Sou suplente da pasta por parte da Secretaria da Saúde. O levantamento de dados é gerido pelo departamento de CInfo. Com a Secretaria de Direitos Humanos, o combinado inicial foi levantar dados a partir de 2020 para dimensionar o impacto da pandemia na população em situação de rua.

Após novos levantamentos, houve outra troca de gestor na SMDHC, e o acompanhamento mensal ficou suspenso por cerca de um ano. Retomamos há pouco mais de um mês, em uma reunião com a Regina na Secretaria de Direitos Humanos, contando com a presença da Saúde, Assistência Social e o setor de monitoramento, para definir a retomada dos trabalhos.

Ficou agendada uma nova reunião para o próximo mês, na qual o departamento de levantamento de dados da Saúde e a SMADS levarão os dados de 2026 para cruzamento e reinício efetivo dos trabalhos. O cenário atual é este.

Sr. Damiso: E sobre as Comunidades Terapêuticas e os pacientes que saem de internações e perdem vagas no acolhimento?

Sra. Silvana: Sobre as **alta hospitalares**: geralmente, quando o paciente em situação de rua está internado, as equipes do Consultório na Rua acompanham e fazem visitas no hospital para mediar a situação junto à equipe hospitalar. Buscamos sempre a chamada "alta qualificada", garantindo que a equipe articule uma vaga na assistência social antes de o paciente ser liberado (a exemplo do trabalho feito com pacientes em tratamento de tuberculose nos hospitais do Estado, como em Campos do Jordão).

Muitas vezes o paciente permanece internado por um período além da alta médica no aguardo da liberação da vaga. Isso varia conforme a especificidade do caso (se necessita de leito baixo ou de equipamento específico da Assistência Social). Nesses casos, o tempo de espera é maior.

Há também situações de pacientes que pedem alta à revelia ou evadem do hospital sem avisar. Quando o hospital comunica a evasão, as equipes realizam busca ativa no território entre os interlocutores regionais.

Sobre a perda da vaga: quando o paciente sai do equipamento de acolhimento para uma urgência/emergência médica, o retorno exige a disponibilização de uma nova vaga. Enquanto aguarda, ele costuma permanecer no próprio hospital. O mesmo ocorre com leitos em CAPS (como a Dra. Cláudia acompanha): quando o paciente já tem condições de alta para

acompanhamento na UBS, mas não há vaga no acolhimento, ele permanece no leito do CAPS aguardando a liberação. Não são poucos os casos, especialmente aqueles com limitação de mobilidade ou necessidade de leito baixo.

Sra. Claudia: Sobre a pergunta das **Comunidades Terapêuticas**: a Secretaria Municipal da Saúde não possui convênio com nenhuma comunidade terapêutica. Portanto, não dispomos desse dado, visto que a rede direta de saúde não realiza esse tipo de encaminhamento.

Sr. Josoé: Obrigado. Passo a palavra para a Júlia.

Sra. Júlia: Boa tarde, pessoal. Represento o Fórum da Cidade. Gostaria de fazer algumas perguntas e propostas:

1. **Monitoramento de Óbitos:** A fala da Silvana expõe como as trocas de gestão na Secretaria de Direitos Humanos prejudicaram o GT criado em 2023. Proponho como encaminhamento que, até o fim do ano, realizemos uma nova reunião do Subcomitê de Saúde para a apresentação dos dados à sociedade civil.
2. **Vacinação contra o Sarampo:** Como funcionou a busca ativa para a vacinação da população em situação de rua?
3. **Consultório na Rua:** Parabênizo o trabalho essencial das equipes. Gostaria de saber:
 - Há planejamento para expansão das equipes nos territórios sobrecarregados?
 - Como o município pode acionar o Consultório na Rua diretamente? Relatei via 156 um caso grave de saúde mental no meu bairro e recebi uma resposta genérica de que o SEAS foi ao local e o município recusou o atendimento. Qual a forma correta de acionamento?
 - Proponho como encaminhamento que o Consultório na Rua apresente relatórios trimestrais de atendimento ao Comitê Pop Rua.
4. **Leitos e Convalescença:** Gostaria de entender o panorama dos Centros de Acolhida para Convalescentes (havia 12 unidades anteriormente; como estão hoje?). E qual o papel da Saúde nos equipamentos híbridos da SMADS (CAE Idosos e ILPI)? Na Morada São João, por exemplo, soubemos que a equipe de saúde só atua de segunda a sexta-feira, deixando o cuidado de saúde nos finais de semana a cargo das assistentes sociais. Há diálogo para expandir a presença da saúde aos finais de semana nesses locais?

Sr. Josoé: Obrigado, Júlia. Lembrando a todos sobre a nossa organização de manter as falas nos 3 minutos delimitados para darmos oportunidade a todos.

Teremos a próxima reunião do Subcomitê de Saúde em 11 de novembro, ocasião na qual poderemos trazer os dados do monitoramento de mortalidade e do Consultório na Rua apontados pela Júlia. Silvana, por favor.

Sra. Silvana: Vamos lá, Júlia:

- **Expansão do Consultório na Rua:** A implantação de novas equipes baseia-se no Censo (atualmente em atualização) e nos dados de cadastro das unidades. Cada equipe de Consultório na Rua tem capacidade para cadastrar de 600 a 1.000 pessoas. Na região Sudeste, por exemplo, temos 10 equipes, sendo que 3 delas estão operando perto do limite (600 a 700 cadastros). De 2023 para cá, implantamos 8 novas equipes (4 em 2023 e 4 em 2024). Aguardamos a publicação do novo Censo para reavaliar com os territórios a necessidade de novas expansões.
- **Acionamento do Consultório na Rua:** Pode ser feito em articulação com o SEAS ou via Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência do território. As UBSs são responsáveis pela saúde de todos os cidadãos do seu perímetro. Caso haja dificuldade de contato com a unidade, pode-se acionar o interlocutor de Consultório na Rua da Supervisão Técnica de Saúde da região. O município conta com parceiros como Bom Parto (que coordena 19 equipes), CEJAM, SPDM, SECONCI, AFNE e Caminho de Damasco. Municípios também podem solicitar verificação diretamente conosco na Secretaria.
- **Relatórios:** Não há entrave para a produção de relatórios. Vocês podem nos indicar quais dados específicos desejam acompanhar (consultas médicas, pré-natal de gestantes em situação de rua, tratamento de tuberculose, ISTs, atenção a idosos e pessoas com deficiência), e organizaremos as apresentações.
- **Centros de Convalescença:** Temos o Centro de Acolhida Boracéia e o Batuira. O Boracéia tem capacidade para 100 vagas e passou por interdição parcial por obras na estrutura física. Após visitas recentes da Saúde com a Assistência Social e o Gabinete, a capacidade instalada atual é de 70 vagas. A equipe da UBS Boracéia realiza acompanhamento articulado e presente no local. O Batuira tem capacidade para cerca de 30 pessoas, mas funciona com dinâmica mais restrita, demandando articulações via gerente de unidade quando há solicitações específicas.

Sobre os **equipamentos híbridos**: temos serviços que contam com a atuação conjunta da Saúde e da Assistência devido às demandas específicas de saúde (que não são atribuições diretas da Assistência Social). Por isso, há a composição de profissionais de saúde nesses espaços.

Em relação ao final de semana na Morada São João, vou precisar buscar essa informação, pois não tenho aqui o dado exato sobre o funcionamento e plantão das equipes nesses dias. Fico devendo esse retorno.

Sra. Júlia: Se você puder averiguar, Silvana, essa foi uma queixa trazida diretamente pela equipe do Morada São João. As próprias assistentes sociais relataram que a equipe de saúde só atua de segunda a sexta-feira, deixando para a Assistência Social os cuidados de saúde nos sábados e domingos, o que gera uma grande sobrecarga.

Sra. Silvana: Entendi. Vou procurar saber e trago essa resposta para vocês.

Sra. Júlia: E a outra pergunta que fiz foi sobre a vacinação contra o sarampo: como foi realizada essa ação?

Sra. Silvana: A vacinação contra o sarampo seguiu as diretrizes e faixas etárias liberadas para a população em geral. As equipes do Consultório na Rua atuam junto aos seus cadastrados: respeitada a faixa etária, e mediante o consentimento, todos são vacinados.

Também é realizada a busca ativa. Por exemplo: se a equipe mapeia 'X' crianças em determinada faixa etária no território e não consegue vaciná-las de imediato, é feita uma articulação com as equipes dos territórios vizinhos para garantir a cobertura vacinal. O mesmo vale para os adultos cadastrados e não cadastrados.

Nas regiões centrais, onde há grande concentração de Centros de Acolhida, as equipes de saúde vão até as unidades e realizam a vacinação *in loco*. Quanto a dados numéricos consolidados de cobertura vacinal, preciso solicitar ao Departamento de Vigilância em Saúde (COVISA).

Sra. Júlia: Seria muito interessante trazer esses dados numéricos de vacinação para a próxima reunião, Silvana.

Sr. Josoé: A Regina teve um problema técnico para acessar a sala, mas me enviou atualizações sobre o Comitê de Monitoramento de Mortalidade.

O alinhamento é que as informações estão sendo trocadas entre os setores e haverá um cruzamento de dados entre a CInfo, a SMADS e o CadÚnico para dimensionar os dados. Esse levantamento revisitará o histórico dos últimos anos e será apresentado na reunião do Subcomitê do dia 11 de novembro.

Sra. Júlia: Agradeço à Silvana por todas as respostas. Surgiu uma última dúvida: no período da pandemia, foi criado o Hospital Bela Vista para ser referência no atendimento à População em Situação de Rua. Ele ainda existe com essa finalidade ou foi desativado?

Sra. Silvana: O Hospital Bela Vista foi fechado. Os pacientes que estavam internados foram redistribuídos pela rede de acordo com o perfil e a necessidade de cada um. Não recorde a data exata do encerramento das atividades, mas o hospital foi desativado.

Sra. Júlia: E a estrutura do prédio ficou vaga? O imóvel pertence à Secretaria Municipal da Saúde?

Sra. Silvana: O prédio está parado. Sobre a propriedade do imóvel ou destinação da estrutura, preciso averiguar para lhe dar uma informação precisa.

Sr. Damiso: Quero reforçar os agradecimentos à Silvana e reiterar minha admiração pelo trabalho sério que a Saúde vem realizando, especialmente no registro de dados e nos encaminhamentos.

Reconheço que, muitas vezes, a Saúde enfrenta um certo isolamento ao conduzir um trabalho que depende intrinsecamente da articulação com outras secretarias e políticas públicas. Agradeço novamente por todas as contribuições.

Sra. Silvana: Obrigada, Damiso. Gostaria de retomar um ponto mencionado pela Dra. Cláudia sobre o trabalho dos **Redutores de Danos**.

Costumo realizar agendas compartilhadas com as equipes em campo para acompanhar a rotina nos territórios. Nos últimos dois meses, visitei territórios na Mooca, Itaim, São Miguel e na região do Ceagesp (Zona Oeste), acompanhada pelos redutores de danos.

Eles realizam um trabalho fundamental de abordagem e criação de vínculo com munícipes que ainda não possuem contato com a rede. Na semana passada, estivemos sob o viaduto em frente à Estação Brás, onde há um grupo de cerca de 20 pessoas em situação de rua (a maioria migrantes bolivianos com uso abusivo de álcool). A equipe de redutores e o Consultório na Rua atuaram juntos, articulando vagas no acolhimento e encaminhamentos ao CAPS Mooca.

Gostaria de registrar esse reconhecimento: muitos desses profissionais têm vivência prévia de rua ou de alta vulnerabilidade, o que traz uma capacidade única de interlocução e empatia. Convido a todos os membros do Comitê que tiverem interesse a acompanhar em campo uma agenda com o Consultório na Rua e os Redutores de Danos.

Sra. Roseli: Gratidão a todos. O redutor de danos é um verdadeiro articulador político da rua, fazendo a ponte entre a população em situação de rua e os serviços de saúde. Esse trabalho conjunto fortalece as portas de saída. Obrigada!

Encaminhamentos da Reunião

Josué / Julia: A próxima reunião do **Subcomitê de Saúde** está agendada para o dia **11 de novembro, às 15h (online)**.

Abaixo, os encaminhamentos pactuados para a próxima reunião:

1. **Escala de Saúde em Equipamentos Híbridos:** A SMS (Silvana) verificará a denúncia sobre a ausência de profissionais de saúde aos finais de semana no *Morada São João* (CAE Idoso) e confirmará o regime de atendimento nesses equipamentos.
2. **Dados de Vacinação:** A SMS trará os dados numéricos consolidados de cobertura vacinal (com foco em sarampo e busca ativa) da População em Situação de Rua, em parceria com a COVISA.

3. **Monitoramento de Óbitos:** Apresentação do relatório preliminar/dados consolidados do Comitê de Monitoramento de Mortalidade da Pop-Rua (cruzamento CInfo, SMADS e CadÚnico).
4. **Relatório do Consultório na Rua:** Estruturação de um modelo de relatório periódico apresentando:
 - Volume de atendimentos (diferenciando abordagens em calçada vs. equipamentos de acolhida);
 - Principais demandas de saúde por perfil e faixa etária (idosos, gestantes/pré-natal, tuberculose, ISTs, saúde mental);
 - Cruzamento de dados de vulnerabilidade.
5. **Balanço do Hospital Bela Vista:** Levantar a devolutiva oficial sobre o histórico, encerramento de atividades e atual situação do imóvel do Hospital Bela Vista.
6. **Mapeamento de Equipamentos Híbridos (Articulação com SMADS):** Envio de solicitação formal à SMADS para mapear o quantitativo atual e a evolução histórica (últimos 5 anos) de vagas em ILPIs e CAEs para Idosos, avaliando se a oferta acompanha o envelhecimento da população em situação de rua.

Sr. Josoé Durval: Agradeço a presença de todos e todas. Tenham uma boa tarde e até a próxima reunião!