

Curso de Especialização em Gestão Pública de Organizações de Saúde



ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DA CIDADE DE ALFENAS/MINAS GERAIS Do discurso à ação

Autora: Gilvana Boeri Américo Miranda

Orientadora: prof.^a dra. Oscarina da Silva Ezequiel

1) Apresentação

Invisíveis, excluídos, sem teto. Muitos são os nomes dados às pessoas que vivem em situação de rua nas grandes cidades brasileiras (FERREIRA; MACHADO, 2007). As pesquisas sobre essa população, muitas vezes, procuram compreender porque essas pessoas vivem de um modo tão diferente do usual e do esperado socialmente (CANÔNICO et al., 2007). No entanto, é preciso atribuir um significado de humanidade ao olhar esses indivíduos e acreditar na possibilidade de melhorar sua realidade:

Entre os principais fatores que podem levar as pessoas a morarem nas ruas estão a ausência de vínculos familiares, a perda de algum ente querido, o desemprego, a violência, a perda da autoestima, o alcoolismo, o uso de drogas e a doença mental (BOTTI et al., 2010a OLIVEIRA et al., 2012; CERQUEIRA E FRANCISCO, 2015; FIORATI et al., 2015).

Estudo realizado por Fiorati et al. (2015), com indivíduos entre 18 a 64 anos, de ambos os gêneros, objetivando compreender os fatores que os levaram a morarem nas ruas, revelou que a ruptura dos vínculos familiares, a pobreza e a situação de fome no núcleo familiar, abuso sexual e relações de violência física e moral imputados por adultos e o uso de substâncias psicoativas foram os fatores mais citados. Por sua vez, Gontijo e Medeiros (2009) ponderaram que, uma vez nas ruas, essa situação de vulnerabilidade pode se dilatar e culminar na desfiliação.

No Brasil, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome realizou, entre os anos de 2007 e 2008, uma pesquisa em 71 cidades brasileiras com população superior a 300 mil habitantes (exceto São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre). Os resultados foram divulgados, em 2008, demonstrando que 31.922 pessoas utilizam as ruas como forma de moradia no país. Entretanto, esses números são bem maiores, pois cidades importantes não fizeram parte desse levantamento (BRASIL, 2008; FARIAS et al., 2014).

De acordo com esses resultados, 53% têm idade entre 25 e 44 anos, 17,1% não sabem escrever e 8,3% apenas assinam o próprio nome. Dos 73% entrevistados, 35,5% citaram o alcoolismo e/ou drogas, 29,8% o desemprego e 29,1%, desavenças com pai/mãe/irmãos como os principais motivos de estarem morando nas ruas. No que se refere às condições de saúde, 29,7% dos entrevistados afirmaram ter algum problema: hipertensão (10,1%), problema

psiquiátrico/mental (6,1%), HIV/AIDS (5,1%) e problemas de visão/cegueira (4,6%) (BRASIL, 2008). Esses sujeitos tornam-se, involuntariamente, potenciais disseminadores de doenças (FARIAS et al., 2014).

Outro fator a ser considerado refere-se à dificuldade de acesso a locais para higiene pessoal, principalmente, banho e lavagem de roupas, propiciando que infestações de piolhos de corpo, de cabeça e escabiose sejam agravos frequentes relacionadas à saúde dessa população (BRASIL, 2012).

Mesmo com ações governamentais e não governamentais para minimizar os problemas de saúde dessa população, é importante mencionar que são necessários o comprovante de residência e a carteira de identidade para seu acesso aos serviços de saúde, conforme institui a Portaria n. 940, de 2011, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). Mas de que forma essas pessoas podem ser atendidas já que, conforme a pesquisa realizada (BRASIL, 2008), 51,1% dos moradores de rua não possuem, sequer, certidão de nascimento, e 34,5%, carteira de identidade?

Os dados apresentados pela pesquisa realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BRASIL, 2008) estão aquém da realidade, visto que apenas 31.922 adultos em situação de rua foram contabilizados em 71 municípios pesquisados, o que corresponde a 1,27% do número total de municípios brasileiros (BRASIL, 2008).

A partir dos resultados encontrados (BRASIL, 2008), foi instituída, em 2009, a Política Nacional para a População em Situação de Rua, por meio do Decreto Presidencial n. 7.053 (BRASIL, 2009), com a criação de um comitê intersetorial de acompanhamento e monitoramento dessa população, e, em 2012, publicado um manual sobre cuidados à saúde para a população em situação de rua (BRASIL, 2012). Este discute estratégias de atendimento por equipes multiprofissionais não apenas à saúde mental, mas ao cuidado dos usuários de álcool, de crack e de outras drogas. (BRASIL, 2012).

Por essas razões, a identificação desses problemas e o conhecimento das necessidades do sujeito são os primeiros passos para provocar discussões ou articular e promover diferentes ações no sentido de estabelecer políticas com intervenção na área de saúde para os moradores em situação de rua. Essas visam, não apenas, unir a sociedade civil e o governo na construção do enfrentamento desse grave fenômeno socioeconômico-cultural, mas a melhoria da saúde e da qualidade de vida desses indivíduos.

2) Justificativa

Percebeu-se a necessidade de uma intervenção no que concerne às necessidades de atenção à saúde da população de rua do município de Alfenas/MG, pois, ao realizar uma ampla pesquisa sobre intervenções para a melhoria da saúde dos moradores em situação de rua, constatou-se que muitos estudos avaliam a prevalência, a vulnerabilidade e a necessidade de construção de políticas de saúde voltadas para essa população. Botti et al. (2010a), identificara as condições de saúde mental na população de rua de Belo Horizonte, Minas Gerais, constatando que 18,06% apresentavam problemas de saúde mental, relacionados, principalmente, ao uso de drogas lícitas e ilícitas e transtornos mentais, mas nenhuma intervenção foi realizada. Da mesma forma, outros estudos avaliaram a prevalência do uso de álcool e outras drogas, bem como de doenças sexualmente transmitidas (BOTTI et al. 2010a; BOTTI et al., 2010b; GRANGEIRO et al., 2012;).

Oportuno ressaltar que as intervenções educativas têm resultado positivo no aumento da possibilidade de adoção de práticas seguras e que podem ser mais efetivas se estiverem integradas às ações de promoção da saúde, de apoio e de inserção social dessa população (GRANGEIRO et al., 2009).

Algumas experiências brasileiras, como a realizada na cidade de São Paulo vêm se destacando no atendimento às pessoas em situação de rua, especificamente na atuação das equipes de saúde da família, criadas para desenvolver ações de saúde no território da rua. Iniciou-se, em 2004, o projeto “*A Gente na Rua*”, com o objetivo de atender às necessidades mais específicas, prevenir, detectar e tratar os agravos na área de saúde dos moradores em situação de rua, com a realização de abordagens *in loco* desses indivíduos. Foi implantado em sete Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas regiões das subprefeituras Sé, Mooca e Pinheiros, contando com 11 agentes comunitários de saúde de rua e uma enfermeira (DANTAS et al., 2012).

Kertesz et al. (2007) examinaram a porcentagem de pessoas em situação de rua que usavam cocaína e que alcançaram habitação estável e emprego 12 meses depois de entrar em um estudo randomizado de tratamento diurno comportamental intensivo. Os primeiros seis meses incluíram uma combinação de tratamento ambulatorial e atividade terapêutica remunerada. Esse programa foi dividido em duas fases: fase 1 – tratamento diurno, por um a dois meses e fase 2 – trabalho remunerado pós-tratamento, por três a seis meses, e um adicional de seis meses de

reuniões de grupos de pós-tratamento uma vez por semana e aconselhamento individual, se desejassem. Dos 138 participantes, as percentagens com habitação estável e emprego aos 12 meses foram 34,1% e 33,3%, respectivamente. As análises sugeriram resultados superiores, quando foi oferecida habitação como parte do tratamento comportamental.

Da mesma forma, Rotheram-Borus et al. (2009) examinaram a eficácia do “Programa Vida Saudável” para reduzir o comportamento sexual de risco e o uso de substâncias entre os adultos com infecção pelo HIV que estavam em situação de rua durante um período de 37 meses. Um total de 72% no grupo de intervenção e 75% no grupo controle completaram todas as avaliações de acompanhamento. Pelos resultados encontrados, os autores concluíram que programas de intervenção intensivos, com foco em competências, pode melhorar a vida dos adultos em situação de rua que vivem com a infecção pelo HIV.

Macerata (2013) reportou sobre a experiência do projeto “Saúde em Movimento nas Ruas” (ESF POP RUA) composto por duas equipes, de Estratégia de Saúde da Família e o projeto Consultório de Rua, com a participação de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde rua e odontólogo, associados a uma equipe multiprofissional de saúde mental: psicólogo, assistente social e musicoterapeuta. Esse serviço atua no centro da cidade do Rio de Janeiro visando criar vínculos com esses sujeitos, proporcionando a inserção dessa população na rede de serviços de saúde e dentro dos equipamentos e prédios dos serviços de saúde.

No estudo realizado por Silva, Marques da Cruz e Vargas (2015), os autores observaram como a equipe de consultório de rua, da Clínica da Família Victor Valla, em Manguinhos/RJ, desenvolvia suas práticas de cuidado à saúde para a população em situação de rua. Constataram que realizavam orientações sobre problemas de saúde, distribuição de insumos de prevenção de DST/AIDS e explicação da proposta de trabalho da equipe.

Apesar dessas propostas apresentadas, alguns estudos chamam a atenção para o preconceito por parte de algumas equipes de saúde que resistem em atender esses sujeitos, em decorrência de sua condição precária de higiene de saúde (CANÔNICO et al., 2007; CARNEIRO JUNIOR; HEROLD DE JESUS; CREVELIM, 2010). Considera-se, portanto, a necessidade de articulação ente o estado, a sociedade e os profissionais de saúde, visando à superação de estigmas e de

preconceitos sociais, para que a pessoa em situação de rua possa ser reconhecida como sujeito de direitos.

Com base no exposto, visualizou-se a construção deste projeto de intervenção, partindo-se da necessidade de articular diferentes ações, visando unir a sociedade civil e o governo municipal na construção do enfrentamento desse grave fenômeno socioeconômico-cultural.

Considerando as precárias condições de saúde em que vivem os indivíduos em situação de rua é que se justifica a realização desta intervenção na cidade de Alfenas.

3) Objetivo Geral

- Desenvolver ações para melhoria da assistência à saúde da população de moradores de rua.

4) Objetivos Específicos

- Elaborar plano de intervenção individual e familiar;
- Consolidar o atendimento na rede de proteção da região de origem de forma integral com foco na família;
- Contribuir para a articulação da rede de serviços socioassistenciais de proteção básica e especial com as demais políticas públicas e instituições que compõem o Sistema de Garantia de Direitos e Movimentos Sociais, buscando a ampliação e a qualificação dos serviços;
- Criar o Comitê Intersetorial Municipal para elaboração da Política Municipal de Atendimento a Pessoa em Situação de Rua;
- Elaborar Política Municipal de Atendimento a Pessoa em Situação de Rua;
- Realizar processos de mobilização social, divulgando e sensibilizando a população quanto à situação de pessoas em situação de rua, trabalhando a superação de preconceitos, corresponsabilidade e compromisso da sociedade para a construção de alternativas de enfrentamento à situação de rua;

5) Metodologia

5.1 Sujeitos da intervenção

Os sujeitos participantes da intervenção serão os moradores de rua da cidade de Alfenas. Estes se concentram na região central da cidade, e é possível observar, diariamente, muitos deles alcoolizados, dormindo em pontos de grande circulação de pessoas ou pedindo esmolas. Circulam em pequenos grupos ou individualmente durante o dia e no período noturno. Para dormir, acomodam-se em colchões velhos, restos de sofás ou camas de papelão. Para suprir as necessidades fisiológicas e de higiene, utilizam, geralmente, dos espaços de postos de gasolina, bicas, torneiras públicas, chafarizes, igrejas, banheiros públicos e até mesmo supermercados.

Recentemente, em Alfenas, foi inaugurado o Centro de Referência Especializado para a População de Rua (Crepop). A proposta do Centro, de acordo com a Secretaria Municipal de Ação e Promoção Social, é realizar o acolhimento psicossocial desses sujeitos que serão encaminhados para a rede de atendimento do município, além de serviços nas áreas de saúde, de educação, de habitação e de assistência social.

Assim, objetiva-se promover a incorporação de temáticas e reflexões sobre o processo saúde-doença-cuidado dessa população entre a equipe multiprofissional da Secretaria Municipal de Ação e Promoção Social e da Secretaria de Saúde.

5.2 Instrumentos da intervenção

Como ponto de partida para obter um diagnóstico situacional e conseguir alcançar esses indivíduos, será necessário inicialmente realizar observação do participante e a abordagem dos sujeitos, *in loco*, em diferentes locais da cidade, tais como praças, em frente a supermercados, embaixo de marquises.

O primeiro passo da intervenção será o de mapear os locais em que se encontram os sujeitos. Para tal, contará com o apoio de um agente comunitário de saúde (ACS). Como assinala Macerata (2013, p. 210), “é a partir da atuação e presença desse agente no território de abrangência que serão efetuadas as aproximações com a população em situação de rua”.

O tempo para a realização será fixado em um mês, já que a maioria desses indivíduos prefere os locais de maior circulação de pessoas, como o centro da cidade, pois possibilita a obtenção de alimentos e alguns recursos financeiros, sendo que, no período noturno, esses locais ficam praticamente despovoados e se transformam em abrigos. O horário de mapeamento, por questões de segurança, será realizado durante o dia, preferencialmente, no período da manhã, já que esses sujeitos dormem nos locais, como já mencionado. Os dados serão registrados em uma planilha para posterior retorno ao local.

A observação participante permite detectar situações em que se expressam e geram universos culturais, e se articula com base em duas atividades: observar e participar. A primeira visa observar sistemática e controladamente o que acontece ao redor, enquanto que a segunda implica a participação em atividades do grupo estudado (QUEIROZ et al., 2007). Ambas representam formas diferentes de imersão na realidade estudada e a geração de vínculos com os sujeitos que compõem essa realidade.

Por sua vez, a entrevista em profundidade, como outra técnica considerada nessa intervenção, adquire vital importância. A entrevista é uma situação, um encontro entre duas ou mais pessoas (entrevistador/entrevistado), em que se obtém informação sobre algo que o entrevistador quer conhecer a partir da experiência do outro, no entanto, a situação de entrevista supõe um encontro de distintas: reflexividades, em que se produz uma nova reflexividade. Assim, a entrevista é uma relação social por meio da qual se obtém enunciados e verbalizações em uma instância de observação direta e de participação (MORÉ, 2015).

Tomando como marco esse ponto de partida, e com o consentimento do sujeito, será utilizado um questionário com informações importantes sobre os distintos fatores condicionantes dos estilos de vida, do estado de saúde e das doenças crônicas (física e mental), transtornos mentais graves, consumo de drogas e álcool, acesso e utilização dos serviços de saúde.

5.3 Procedimentos da intervenção

Será elaborado o Plano Individual de Acompanhamento – PIA (Anexo 3), nos moldes do elaborado pelo recenseamento da população adulta em situação de rua da cidade de Porto Alegre (RIO GRANDE DO SUL, 2011), com a participação dos

usuários e em articulação com a rede de serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas, na perspectiva de fortalecimento de vínculos interpessoais e/ou familiares que oportunizem a construção de novos projetos de vida.

Para consolidar o atendimento na rede de proteção da região de origem, de forma integral com foco na família, serão realizados encaminhamentos para Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e para a equipe do Crepop. Esse será o terceiro passo da intervenção. O Crepop, como mencionado anteriormente, é um centro de acolhida, que tem capacidade de atendimento de até 30 pessoas, especializado na atenção dos moradores de rua, que pode ser descrito como uma ponte entre a rua e a inclusão social.

O objetivo geral é configurar-se como um espaço de convivência que permita estabilizar esses sujeitos, favorecendo o desenvolvimento de vínculos pessoais e sociais e, possibilitando o desenvolvimento de processos individualizados de inserção social e na família. Para alcançar esse objetivo, oferece um conjunto de serviços básicos, tais como café da manhã, almoço, trabalhos manuais em artesanato e horta. Os atendidos podem participar dos cursos do Sistema Brasil Alfabetizado.

A equipe consta de um coordenador, de monitor, de médico, enfermeiro, cozinheiro, psicólogo, oficineiro e assistente social. A atenção à saúde, portanto, garante a cobertura de serviços básicos e reabilitadores, que se articulam transversalmente com outros serviços, de forma coordenada, proporcionando a detecção de problemas de saúde e prestando o apoio necessário para seu acompanhamento. Esse pode ser caracterizado como o quarto passo.

Os objetivos é o de intervir para melhorar o estado de saúde dos moradores de rua que concordarem em serem encaminhados ao Centro, quais sejam:

- possibilitar a detecção e o diagnóstico de doenças;
- facilitar o acesso aos serviços de saúde da comunidade;
- garantir os cuidados de saúde adequados para realizar tratamentos médicos;
- facilitar a manutenção do tratamento e seu acompanhamento posterior;
- educar para a saúde.

Para contribuir para a articulação da rede de serviços socioassistenciais de proteção básica e especial com as demais políticas públicas e instituições que

compõem o Sistema de Garantia de Direitos e Movimentos Sociais, buscando a ampliação e a qualificação dos serviços, serão realizadas cinco reuniões, com duração de 2 horas durante o período cinco meses. As reuniões contaram com 14 participantes, sendo saúde, educação, habitação, cultura, esporte, Defesa Social, Polícia Militar, Ministério Público, assistência social, entidades não governamentais conselhos de direito e representantes das universidades (UNIFAL, UNIFENAS, UNOPAR). Nessas reuniões, serão realizadas reflexões e definições de como ampliar a articulação, resultando em relatórios a serem discutidos com os gestores.

Posteriormente, será criado o Comitê Intersetorial Municipal para a elaboração e a elaboração da Política Municipal de Atendimento à Pessoa em Situação de Rua.

O próximo passo será a realização de processos de mobilização social, divulgando e sensibilizando a população quanto à situação de pessoas em situação de rua, trabalhando a superação de preconceitos, corresponsabilidade e compromisso da sociedade para a construção de alternativas de enfrentamento à situação de rua;

Esse processo se dará por meio de instrumentais, como panfletos, espaço na mídia local, blitz educativas, seminários.

Todos os participantes desse projeto, serão voluntários ou funcionários das respectivas instituições colaboradoras, não receberão nenhuma forma de pagamento pela participação. Sendo assim, deverão assinar o termo de voluntariado e a permissão para uso de imagem (Apêndice 1 e Apêndice 2), para eventual exposição do presente trabalho.

5.4 Avaliações da intervenção

Considerar-se-á alcançado o objetivo dessa intervenção se, após o acompanhamento de 12 meses, esses sujeitos tiverem o seguimento do tratamento médico proposto.

6) Resultados esperados

- Conscientização desses sujeitos para a necessidade de busca de apoio para o cuidado da saúde;

- Melhora da qualidade de vida das pessoas em situação de rua;
- Melhora a autoestima pessoal por meio da valorização de sua autoimagem.
- Sensibilizar e, corresponsabilizar o compromisso da sociedade para a construção de alternativas de enfrentamento à situação de rua;
- Articular com a rede socioassistencial e demais políticas públicas (saúde, educação, cultura, esporte, habitação) para o acesso dos usuários aos serviços;
- Planos de intervenção individual e familiar sistematizados;
- Consolidação do atendimento na rede de proteção da região de origem de forma integral com foco na família;

7) Cronograma

Atividades do Projeto	2016				
	1	2	3	4	5
Apresentação do Projeto ao gestor de saúde do município	X				
Reunir com os setores apoiadores	X	X	X	X	X
Definir as etapas de capacitação		X			
Realizar oficinas/palestras		X	X	X	X
Confecção de Materiais		X			
Elaboração de Cartilhas e Cartazes		X			
Implementar as atividades			X	X	
Avaliar os resultados					X

8) Orçamento

Material	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Papel Sulfite A4	2 pacotes	15,50	31,00
Tonner para impressora	1 unidade	50,00	50,00
Folders	1.000 unidades	0,50	500,00
Cartazes	20 unidades	3,00	60,00
Palestras	2 horas	100,00	200,00
Barbante	1 rolo	5,00	5,00
Lápis de cor	5 caixas	2,50	12,50
Materiais recicláveis		0,00	0,00
Cola	3 vidros	1,50	4,50
Tesoura	5 unidades	1,00	5,00
		Total	868,00

9) Referências

BOTTI, N. C. L. et al. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns entre a população de rua de Belo Horizonte. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 33, p. 178-193, dez. 2010a.

BOTTI, N. C. L. et al. Padrão de uso de álcool entre homens adultos em situação de rua de Belo Horizonte. **SMAD – Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, Ribeirão Preto, v. 6, n. Especial, p. 536-555, nov. 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 940**, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html>. Acesso em: 12 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 98 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Meta Instituto de Pesquisa e Opinião. 2008. **Sumário Executivo – Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Disponível em:
<<http://www.criancanaoederua.org.br/pdf/Pesquisa%20Nacional%20Sobre%20a%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Rua.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto n. 7.053**, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm>. Acesso em: 3 out. 2015.

CANÔNICO, R. P. et al. Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41, Edição especial, p. 799-803, dez. 2007.

CARNEIRO JUNIOR, N.; HEROLD DE JESUS, C.; 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 Soc**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 709-716, 2010.

CERQUEIRA E FRANCISCO, W. **População em situação de rua**. Disponível em:
<<http://mundoeducacao.bol.uol.com.br/geografia/populacao-situacao-rua.htm#comentarios>>. Acesso em: 17 nov. 2015.

DANTAS, B. S. et al. Políticas públicas sobre drogas e população de rua: humanização ou coisificação dos sujeitos? **RG&PP**, v. 2, n. 2, p. 267-287, 2012.

FARIAS, D. C. S. et al. Saberes sobre saúde entre pessoas vivendo em situação de rua. **Psicologia e Saber Social**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, 70-82, jan./jun. 2014.

FERREIRA, F. P. M.; MACHADO, S. Vidas privadas em espaços públicos: os moradores de rua em Belo Horizonte. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 90, p. 102-121, jun. 2007.

FIORATI, R. C. et al. Iniquidade e exclusão social: estudo com pessoas em situação de rua em Ribeirão Preto/SP. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, Supl. 3, p. 2120-2135, jun. 2015.

GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M. Crianças e adolescentes em situação de rua: contribuições para a compreensão dos processos de vulnerabilidade e desfiliação social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 467-475, 2009.

GRANGEIRO A. et al. Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 674-684, ago. 2012.

KERTESZ, S. G.; MULLINS, A. N.; SCHUMACHER, J. E. et al. Long-term housing and work outcomes among treated cocaine-dependent homeless persons. **J Behav Health Serv Res**, Northbrook, v. 34, n. 1, p. 17-33, Jan 2007.

MACERATA, I. M. Experiência POP RUA: Implementação do “Saúde em Movimento nas Ruas” no Rio de Janeiro, um dispositivo clínico/político na rede de saúde do Rio de Janeiro. **Rev Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 207-219, 2013.

MORÉ, C. L. O. O. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde. **Atas CIAIQ2015**. Disponível em: <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/viewFile/158/154>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

OLIVEIRA, L. P. et al. Risk factors for cardiovascular disease among the homeless and in the general population of the city of Porto, Portugal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 1517-1529, Aug 2012.

RIO GRANDE DO SUL. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Fundação de Assistência Social e Cidadania. **Cadastro da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre**. 2011. Disponível em: <[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/relatorio_final_fasc19mar\[1\].pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/relatorio_final_fasc19mar[1].pdf)>. Acesso em: 1º maio 2016.

QUEIROZ, D. T.; VALL, J.; ALVES E SOUZA, A. M. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-283, abr./jun. 2007.

ROTHERAM-BORUS, M. J.; DESMOND, K.; COMULADA, W. S. et al. Reducing risky sexual behavior and substance use among currently and formerly homeless adults living with HIV. **Am J Public Health**, Washington, v. 99, n. 6, p. 1100-1107, Jun 2009.

SILVA, C. C.; MARQUES DA CRUZ, M.; VARGAS, E. P. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 246-256, dez. 2015.

ANEXO 1
CADASTRO CENSITÁRIO DOS ADULTOS EM SITUAÇÃO DE RUA DE ALFENAS
FICHA CADASTRAL DE ADULTOS – NÚMERO _____

Data	
Entrevistador	
Supervisor	

Informante:	<input type="checkbox"/>					
	O próprio	Amigo(a)	Pai/Mãe	Irmãos	Companheiro(a)	Outro. Quem? _____

Dia da semana	<input type="checkbox"/>						
	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado

Turno	<input type="checkbox"/> Manhã (entre 6h e 12h)	<input type="checkbox"/> Tarde (entre 12h e 18h)
-------	---	--

I – Local da entrevista

Bairro	
--------	--

Rua/Praça	
-----------	--

Ponto de referência	
---------------------	--

II – Identificação do entrevistado

Nome (sem abreviações)	
------------------------	--

Apelido		Data de nascimento		Idade	
---------	--	--------------------	--	-------	--

Nome da mãe (sem abreviações)	
-------------------------------	--

III – Dados pessoais
1) Gênero
 Masculino

 Feminino

2) Onde nasceu?

- Região metropolitana (passar para a questão 4)
- Interior do estado de Minas Gerais (passar para a questão 4)
- Outro estado (passar para a questão 4)
- Outro país. Qual? (passar para a questão 4)

3) Sempre morou em Alfenas?

- Sim (passar para a questão 6)
- Não

4) Onde morava antes de vir para Alfenas?

- Região Metropolitana Interior do estado Outro estado Outro país

5) Há quanto tempo vive em Alfenas?

- Há menos de um ano Entre 10 e 20 anos
- Entre um e cinco anos Há mais de 20 anos
- Entre cinco e 10 anos

6) Há quanto tempo está em situação de rua?

- Há menos de um ano Entre 10 e 20 anos
- Entre um e cinco anos Há mais de 20 anos
- Entre cinco e 10 anos

7) Vou listar alguns documentos, me diga, por favor, quais você possui:

Documentos	Sim	Não
Carteira de Identidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CPF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carteira de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Título de eleitor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certidão de Nascimento/casamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cartão SUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAD Único	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8) Sabe ler e escrever?

- Sim (anotar alternativa 1 na questão 9)
- Apenas escrever o nome (anotar alternativa 1 na questão 9)
- Não sei ler nem escrever.

9) Foi à escola até que série? (última série concluída)

- Analfabeto
- Ensino Fundamental incompleto
- Ensino Fundamental completo
- Ensino Médio incompleto
- Ensino Médio completo
- Ensino Superior incompleto
- Ensino Superior completo

10) Qual o local onde dorme com mais frequência? (não ler as alternativas, marcar apenas uma resposta).

- Praças/parques/praças
- Pontes/viadutos
- Casas e prédios abandonados/mocós
- Calçadas/calçadão
- Hotéis/pensão
- Albergue
- Abrigo
- Em minha casa
- Na casa de amigos/parentes
- Outro. Qual?

11) Quais os lugares em que passas bastante tempo durante o dia? (não ler as alternativas, marcar o 1º, 2º e 3º lugares).

Lugares	1º	2º	3º
Praças/parques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marquise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ponte/viadutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lugares	1º	2º	3º
Beira do rio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinais de trânsito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estacionamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rodoviária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ponto do ônibus/terminal de ônibus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calçadas/calçadão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em frente a comércio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelas ruas/perambulando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casas de conveniência/abrigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros. Especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12) O que faz principalmente para sobreviver? (não ler as alternativas; marcar apenas uma resposta).

- Construção civil/pedreiro/pintor
- Lava/guarda carros/flanelinha
- Carga e descarga
- Vendedor (doces, frutas, amendoim, flores, jornais).
- Catador de materiais recicláveis
- Distribui panfletos
- Limpeza/faxina
- Faz programas/prostituição
- Reciclagem
- Pede/achaca
- Jardinagem
- Outro. Qual? _____

13) Agora, vou listar algumas doenças ou problemas de saúde, diga-me, por favor, se tem ou não (ler cada uma das doenças e anotar).

Doenças	Sim	Não
Doenças de pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Doenças	Sim	Não
Doença mental/psiquiátrica/psicológica/depressão/dos nervos/da cabeça.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dependência química /álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doenças respiratórias/asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença cardíaca/sofre do coração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dores no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressão alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nos dentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficiência Física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com atadura/tala/gesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra. Qual? _____		

14) Qual é sua orientação sexual?

- Heterossexual
- Homossexual (gay, lésbica).
- Travesti
- Transexual
- Bissexual

15) Agora, vou listar alguns produtos, diga-me, por favor, se usa ou consome alguns algum deles (ler cada um dos produtos e anotar).

Produtos	Todos os dias	De vez em quando	Não usa
Medicamentos (xaropes, calmantes ou analgésicos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maconha (verde, pau podre, beck, baseado).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebida alcoólica (cachaça, cerveja, uísque).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Craque (pedra, brita, diaba).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Produtos	Todos os dias	De vez em quando	Não usa
Cocaína (pó)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cigarro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Álcool medicinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16) Você acessa ou já acessou algum(ns) desses serviços?

Serviços	Sim	Não
CRAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CREAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casa de Convivência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17) Qual a sua raça/cor? (marcar com um 'X' em cada coluna).

Raça/cor	Atribuída pelo entrevistador	Autodefinida (não ler as opções)
Branca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negro/preta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amarela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indígena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra. Qual? _____		

(Anotar sem perguntar)

18) O entrevistado:

- Apresentava sinais de alcoolismo ou drogadição (associação entre o cheiro de álcool, porte de bebida/drogas, confusão ou lentidão na fala).
- Estava dormindo.
- Apresentava sinais de desorientação mental e/ou comportamental (encontrava-se falando sozinho, tinha uma fala desconexa, nudez, incapacidade de falar, letargia ou agitação excessiva).
- Apresentava comportamento agressivo e/ou hostil ao entrevistador.
- Negou-se a responder a pesquisa.
- Encontrava-se em plenas condições de responder as perguntas, compreendendo-as, sem sintomas de alteração comportamental/psicológica.

19) Em relação ao contexto social em que se encontrava o entrevistado, pode-se perceber que ele estava:

- Isolado/sozinho.
- Com outros adultos em situação de rua.
- Com outros adultos, jovens e crianças em situação de rua.
- Com jovens e crianças em situação de rua.
- Com a família.

20) Em relação ao contexto territorial, o entrevistado encontrava-se:

- Instalado/acampado em lugar público.
- Instalado/acampado em lugar privado.
- Descansando/dormindo sem estar acampado.
- Em trânsito/trabalhando.
- Albergue/Casa de Convivência/Abrigo.
- Perambulando.

APÊNDICE 1

TERMO DE ADESÃO DE VOLUNTARIADO

_____ (Nome da instituição), instituição privada sem fins lucrativos (outras características), com sede na cidade de _____, na Rua _____, bairro _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, vem, por meio deste instrumento, celebrar o presente “**Termo de Adesão ao Serviço Voluntário**”, com:

Voluntário:

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____

Tel.: _____ e-mail: _____

1. O (A) voluntário(a) se compromete a auxiliar a _____ (instituição) na implementação e desenvolvimento de seus objetivos institucionais, _____ (esclarecer qual será a atuação) observando as diretrizes aqui traçadas, bem como aquelas informadas pelo responsável da área de Voluntariado (conforme o caso).

2. As despesas previamente autorizadas pelo _____ (instituição) e realizadas em benefício deste poderão ser reembolsadas ao voluntário mediante a comprovação dos gastos.

3. O presente Termo de Adesão tem prazo indeterminado, tendo seu término efetivado com o desligamento do(a) voluntário(a), quando da vontade de uma das partes.

4. O(a) voluntário(a) está ciente de que este serviço, conforme a Lei n. 9.608, de 18 de fevereiro de 1998, “não gera vínculo empregatício, nem obrigação de natureza trabalhista, previdenciária ou afim”, não cabendo portanto, ao(à) voluntário(a) qualquer remuneração ou ressarcimento pelos serviços prestados ao(à) _____ (instituição).

_____, ____ de _____ de 201__.

Voluntário (a) representante do _____ (instituição)

Testemunhas:

1. _____ 2. _____

Nome: _____ Nome: _____

CPF: _____ CPF: _____

APÊNDICE 2

TERMO DE PERMISSÃO PARA USO DE IMAGEM

Eu _____, CPF _____, RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios do evento, bem como estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), **autorizo**, por meio do presente termo, o estudante de gestão pública e organização em saúde, Gilvana Boeri Américo Miranda, do projeto de ação intitulado **“Assistência à saúde da população em situação de rua da cidade de Alfenas/MG – do discurso à ação”** com enfoque na dignidade da pessoa em situação de rua” a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes. Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor do projeto, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei n. 8.069/1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei n. 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto n. 3.298/1999, alterado pelo Decreto n. 5.296/2004).

Alfenas, __ de _____ de 2016.

