



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

DIEGO GARDENAL ALCANTARA

ASSENTAMENTOS URBANOS INFORMAIS: UMA EXPERIÊNCIA DA INTEGRAÇÃO
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA AS PESSOAS MARGINALIZADAS.

SÃO PAULO
2020

DIEGO GARDENAL ALCANTARA

ASSENTAMENTOS URBANOS INFORMAIS: UMA EXPERIÊNCIA DA INTEGRAÇÃO
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA AS PESSOAS MARGINALIZADAS.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: GLEIDJANE MACIEL DELLA CRUZ

SÃO PAULO
2020

Resumo

O acesso a saúde, é um conceito complexo que pode ser entendido como o desfecho da busca do usuário por receber o cuidado adequado para sua necessidade de saúde atual, que pode ter resultados variados (SANCHEZ e CICONELLI, 2012). Na situação de um morador de assentamento informal o acesso é extremamente violado, na grande maioria das vezes. E assim inicia-se o processo de iniquidade na atenção primária à saúde (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

Fruto da má gestão urbana e da desigualdade social os assentamento informais geram exclusão do acesso regular aos benefícios do desenvolvimento urbano, pois ao não possuir um endereço formal bane-se o acesso a serviços públicos (incluindo a saúde), infraestruturas, espaços públicos e instalações coletivas (FERNANDES, 2011). Além disso, em geral, os assentados não possuem um serviço de saúde como referência, por estarem em territórios mais distantes do perímetro urbano da cidade e por não haver uma articulação efetiva entre a saúde e o serviço social, torna crônica e complexa a situação (SICARI,2018).

Com essa percepção é evidente a necessidade do serviço de atenção primária à saúde nesses territórios, a fim de garantir o acesso à saúde e garantir os direitos sociais (BRASIL,2012).

Palavra-chave

População em Situação de Rua. Acesso aos Serviços de Saúde. Assistência Individualizada de Saúde.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

A presença de assentamentos informais na proximidade do território é algo que permeia as atividades e atendimentos da unidade de saúde. Pois algumas pessoas que vivem nestes espaços acessam o serviço mas se tornam incomunicáveis para seguimento do processo de cuidado. Já outros usuários tentam acessar o serviço, porém encontram barreiras como: a solicitação de comprovante de endereço, necessidade de documento de identificação com foto e outros impedimentos que são ilegais. Diante dessas dificuldades e outras que surgiram nas reuniões de equipe, optou-se por questionar o acesso dessas pessoas e como poderia ser otimizado.

Também, existe a realidade de pessoas que não possuem um endereço fixo, são cidadãos que passam o dia em situação de rua e pernoitam alguns dias na rua e outros em alguma casa que oferece abrigo.

Diante desse cenário, em que as ruas do território significam um local de moradia, de assentamento informal é preciso olhar para essa situação e oferecer cuidado integral a essa população, promover letramento em saúde e autonomia e consciência individual e coletiva. E como parte fundamental, também, discutir com a gestão local as possibilidades e as disponibilidades de recurso para trazer: melhorias de habitação, oportunidade de trabalho, acesso aos serviços urbanos e meios para minimizar a desigualdade social.

ESTUDO DA LITERATURA

acessibilidade ou o acesso à saúde proporciona lindas discussões e conceitos que auxiliam no processo de disponibilizar o cuidado e como ele é percebido, idealizado e concretizado pela pessoa (RAHMAN, 2015). Essa interação entre os serviços de saúde e os indivíduos é o que torna o acesso existente, mas a qualidade é dependente de diversos fatores. Com a conceituação de Penchansky e Thomas há quatro elementos diretores do acesso: Disponibilidade, que inclui a localização, o horário de atendimento, os serviços disponíveis, material e profissional existentes para o atendimento; Capacidade de pagamento, ou seja a relação entre custo e o poder de pagamentos dos usuários, como o sistema é financiado; Informação, que avalia o nível do empoderamento do ser em relação a sua condição de saúde e de existência, sua capacidade de escolha e poder de debate; e Aceitabilidade, sendo o mais sutil dos elementos, é a percepção do indivíduo em relação ao atendimento e ao serviço, e envolve crenças, espiritualidade, confiança e emoções (SANCHEZ e CICONELLI, 2012).

Quando foco do acesso é em relação às pessoas que vivem em assentamento urbanos isso se torna, ainda mais complexo (SIMÕES, 2017). Pois se permeia a discussão a condição de vida dessas pessoas, que sofrem de exclusão sócio espacial, da marginalização geográfica e social, de acesso restrito a água potável, de instalações sanitárias inadequadas, de superlotação de moradias e da ausência de segurança de posse (LIMA, 2017). E essa marginalização é regida por estruturas de governança medíocres. Por isso ao fato de apenas existir em um assentamento, esse ser vive em risco (ONU-Habitat, 2015).

A percepção dos serviços de saúde que atendem moradores de assentamento tem de compreender que para um peso da informalidade manifesto no campo jurídico, social, ambiental, político e econômico (FERNANDES, 2011). Interferindo na aceitabilidade ao acesso à saúde. A partir dessa consciência é necessário atentar-se na abordagem do cuidado e na longitudinalidade pois o vínculo gera a confiança que resulta em cuidado efetivo (ABREU, 2017).

O cuidado gerado entre pessoas é um potencial para impulsionar as discussões de políticas públicas com a liderança do governo, de forma integrada e direta com os moradores de assentamentos e favelas para criar abordagens sistêmicas que busquem minimizar a desigualdade e a marginalização (SANTANA, 2014). Empoderar o poder popular existente nas favelas e assim integrar essas pessoas aos sistemas, e realizar as adaptações necessárias aos sistemas para que estes tragam benefício para as pessoas e não o oposto. E assim o acesso saúde será um meio de autocuidado e cuidado da comunidade como um todo (ONU-Habitat, 2015).

AÇÕES

Esse é o relato de experiência realizada pela Equipe II da estratégia da saúde de família da Unidade De Saúde Da Família Habiteto Sorocaba CNES: 2690853. Durante o período de Agosto/2018 - Fevereiro/2020.

Com a percepção da falta de assistência às pessoas que vivem nos assentamentos urbanos do território foi questionado por toda a equipe o motivo dessa desassistência e assim começou a se discutir os potenciais motivos para mais essa exclusão destas pessoas e construir como seria a intervenção. O problema foi identificado pela equipe durante as reuniões de equipe quando discutia-se algum caso e o paciente morava no assentamento, e não era possível contato com o paciente pois não estava no território de abrangência da equipe e com isso não havia a longitudinalidade do cuidado e também havia relatos de serem banidos a acessar o serviço. O questionamento foi, primeiramente, feito pelas ACSs que trouxeram na fala a sensação de invisibilidade social e política que permeia o território como um todo. É presente a violação dos direitos dos moradores do território e ainda com mais intensidade na população que vive nos assentamentos (ONU-Habitat, 2015). A complexidade do cuidado se consolida, por uma perspectiva intersetorial, pois a garantia mínima de cidadania é violada incluindo: saúde, alimentação, moradia, trabalho, documentação, educação, alimentação, papel social e reconhecimento como sujeitos de direito (SANCHEZ e CICONELLI, 2012). Com essa consciência é iniciado o desenho da ação.

São discutidos alguns pontos e foi proposto ir ao território do assentamento pra perceber as reais necessidades e as mais prioritárias para assim continuar o projeto. Houve educação continuada realizada pela própria equipe que assistiu vídeos, leu manuais e artigos sobre o atendimento de consultório na rua para realizar a ação com o melhor desempenho técnico e acolhedor. Durante o horário de uma reunião de equipe, houve a ida ao território para observar as potencialidades e perguntar as pessoas as suas necessidades de saúde e as demandas existentes. Após a primeira visita ao assentamento em um reunião e elencou-se as dificuldades relatadas, os pedidos de ajuda e as demandas biopsicossociais com maior prioridade de acordo com o olhar de toda equipe.

E a partir dessa imagem que construída desse recorte de uma vivência e dos relatos foi decidido convidar a equipe de odontologia, do NASF e as ACS das outras equipe para participarem das intervenções (BRASIL, 2011). De acordo com as necessidades pontuadas foi separado os materiais necessários para ação como: medicação, insumos, esfigmomanômetro, aparelho de glicemia capilar, preservativos, auto teste-hiv e demais itens necessários para os atendimentos. Durante as ações nos assentamentos foi realizado atendimento médico, odontológico, de enfermagem, teste de rápido, orientações sobre questões de saúde e sociais. Abordagem foi sempre pautada no acolhimento e no letramento em saúde, explicando às pessoas o direito de acessar o serviço de saúde e demonstrando a disponibilidade da equipe para auxiliar nesse processo.

Também, foi proposto desenvolver uma forma de quantificar essa população e aplicar questionários para avaliar os indicadores para documentação. E assim ter instrumentos quantitativos e qualitativos para discussão com a liderança do governo e gestão da secretária de saúde da atenção básica municipal (SANTANA, 2014). Pois ao existir a

apresentação da intensidade da violação dos direitos dessas pessoas de forma concreta a possibilidade de auxílio é menos dificultosa (ONU-Habitat, 2015).

RESULTADOS ESPERADOS

O principal movimento foi a ida dos profissionais de saúde a esse território para atender as pessoas que vivem lá, que até então eram proibidos a acessar o serviço. E assim a motivação inicial de ampliar o acesso a saúde pudesse ser alcançada. Pois ao ir nas casas, no ambiente social, na comunidade é uma maneira real e descomplicada de proporcionar o atendimento a todos os cidadãos ultrapassando as limitações que a sua condição biopsicossocial o exclui devido a crueldade da nossa sociedade .

A ação resultou em um maior acesso a saúde das pessoas que vivem em assentamentos urbanos informais, em condição de rua e sem endereço fixo. Essa abertura aconteceu pois houve atendimentos que foram solucionados durante o atendimento na rua mesmo, outros que foram encaminhados para avaliação na unidade de saúde, alguns encaminhados para outros serviços de saúde. Ao trazer a saúde e clínica ampliada para a população que mais demanda atendimento, promove-se equidade e universalização do cuidado (JORGE, 2012).

E, talvez o mais interessante foi a procura espontânea, pelas pessoas que foram atendidas ou pelos familiares dos atendidos nas ações, na unidade de saúde por outros motivos. A ida desses indivíduos se tornou natural na USF porque eles se sentiram parte da comunidade e assistidos pela estratégia da saúde da família. Houve uma orientação para os atendentes da recepção para contatar algum membro da equipe para auxiliar no cadastramento caso a pessoa não possuísse documento de identificação ou comprovante de endereço, e que não houve nenhum impedimento a assistência, pois conforme a Portaria do Ministério da Saúde n 940/2011 nenhuma pessoa pode deixar de ser atendida no SUS por falta de documentação e/ou Cartão Nacional de Saúde (BRASIL, 2011).

Um grande obstáculo enfrentado foi a dificuldade para aplicar os indicadores e coletar dados suficientes para uma dimensão real da situação. E a gestão municipal não demonstrou nenhum apoio ao movimento da equipe e não houve abertura para discussão de políticas de enfrentamento de situação. Também, percebeu-se a necessidade da inclusão do serviço social, porém não há no território equipamento disponível e houve dificuldade para inclusão do Centro de Referência Especializado de Assistência Social na ação.

Observar o território no máximo de aspectos possíveis traz discussões mais profundas e com isso mais benefícios aos usuários do SUS, esse olhar da equipe para a população que impulsionou essa ação trouxe melhora ao acesso à saúde, que é algo tão discutido mas, talvez, não proporcionalmente ampliado.

REFERÊNCIAS

- ♦ SANCHEZ, R.M.; CICONELLI, R.M. **Conceitos de acesso à Saúde**. 2012. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(3):260-8.
- ♦ TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. 2004. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004.
- ♦ FERNANDES, E. **Regularização de assentamentos informais na América Latina**. 2011. Lincoln Institute of land policy, Oct 2011. Disponível em: <https://www.lincolninst.edu/pt-br/publications/policy-focus-reports/regularizacao-assentamentos-informais-na-america-latina>.
- ♦ SICARI, A.A. **Pessoas em Situação de Rua no Brasil: Revisão Sistemática**. 2018. Psicologia: Ciência e Profissão Out/Dez. 2018 v. 38 n°4, 662-679.
- ♦ Brasil, Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
- ♦ RAHMAN, N.A. et al. **What Makes People Use the Street?: Towards a liveable urban environment in Kuala Lumpur city centre**. 2015. Procedia-Social and Behavioral Sciences 170 (2015) 624 - 632.
- ♦ SIMÕES, T.R.B.A. et al. **Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso**. 2017. Saúde Debate, Rio De Janeiro, V. 41, N. 114, P. 963-975, JUL-SET 2017.
- ♦ LIMA, M.L.C.C. **A dimensão física dos assentamentos informais: perspectiva dominante na produção acadêmica recente**. 2017. XVII ENANPUR - Sessão Temática 5: Habitação E A Produção Do Espaço Urbano E Regional, 2017.
- ♦ ONU-Habitat, **HABITAT III ISSUE PAPERS 22 - INFORMAL SETTLEMENTS**. 2015. United Nations Task Team on Habitat III, New York, 31 May 2015. Disponível em: http://habitat3.org/wp-content/uploads/Habitat-III-Issue-Paper-22_Informal-Settlements-2.0.pdf.
- ♦ ABREU, D. **Consultório na Rua e Redução de Danos: estratégias de ampliação da vida**. 2017. Rev Brasileira Medicina Família e Comunidade. Rio de Janeiro, 2017 Jan-Dez; 12(39):1-2.
- ♦ SANTANA, C. **Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua**. 2014. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(8):1798-1800, ago, 2014.
- ♦ LONDERO, M.F.P; CECCIM, R.B.; BILIBIO, L.F.S. **Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde**. Interface (Botucatu), Botucatu ,v. 18,n. 49,p. 251-260, June 2014.
- ♦ BRASIL, **PORTARIA Nº 122, DE 25 DE JANEIRO DE 2011: Define as diretrizes de**

- * **organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.** 2011. Diário Oficial da União, Ministério da Saúde, DF, 25 janeiro 2011. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html.
- * JORGE, J. **Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção.** 2012. Sau. & Transf. Soc., ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.3, n.1, p.39-48, 2012.
- * BRASIL, **PORTARIA Nº 940, DE 28 DE ABRIL DE 2011 Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão).** 2011. Diário Oficial da União, Ministério da Saúde, DF, 28 Abril 2011. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html.