



**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

**RUILAINE DELARMELINA ALMEIDA**

**PORTFÓLIO FINAL**

**Belém-PA**

**2017**

**RUILAINE DELARMELINA ALMEIDA**

## **PORTFÓLIO FINAL**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado à UNASUS/USFCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação do professor FABIANO FRAGA DE CARVALHO.

## SUMÁRIO

<b>1- INTRODUÇÃO.....</b>	<b>4</b>
<b>2- ESTUDO DE CASO CLÍNICO .....</b>	<b>6</b>
<b>3- PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS .....</b>	<b>9</b>
<b>4- VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO.....</b>	<b>13</b>
<b>5- REFLEXÃO CONCLUSIVA.....</b>	<b>16</b>
<b>6- REFERÊNCIAS .....</b>	<b>18</b>
<b>7- ANEXO 1- PROJETO DE INTERVENÇÃO (PI ).....</b>	<b>1</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Sou Ruilaine Delarmelina Almeida, médica, formada em Cochabamba – Bolívia no final do ano de 2015, na faculdade UPAL. O contato que tive com medicina da família foi durante meu internato no qual fazemos de forma obrigatória 3 meses de campo, chamamos de serviço rural obrigatório. Atuei por 6 meses trabalhando em emergências na minha cidade de formação e logo fui chamada para o programa mais médicos, desde então atuo na cidade de Mosqueiro-Belém-Pará, pequeno distrito pertencente a capital, o que já foi relatado por mim várias vezes é que pelo fato de a cidade ainda ser um distrito, influi de forma negativa na saúde da população que sempre tem que buscar melhor atendimento na capital que fica a 70km do distrito. Nossa casa da família está localizada na região conhecida como maracajá, região esta que tem a maior população da cidade, uma vez que a cidade é uma ilha, e as pessoas só vem durante feriados e veraneio.

A população mais atendida na nossa área são os idosos, devido ser uma cidade mais calma estes procuram Mosqueiro como um sossego da caótica vida de Belém, típicas doenças como hipertensão, diabetes, Alzheimer e Parkinson são atendidas diariamente pela nossa equipe, a segunda constituição da população se dá por adultos maiores em sua maioria comerciantes, pescadores mulheres donas de casa ou comerciantes, aqui doenças mais prevalentes também hipertensão, diabetes, obesidade devido a cultura de má alimentação da população (farinha de tapioca, Açaí, peixe frito) infecções urinárias e parasitoses, adolescentes terceira população mais frequente, escolares maiores e menores sendo uma minoria, enfermidades mais atendidas parasitoses, anemia e infecções urinárias.

Há uma população que atendemos em especial que é pertencente a uma área descoberta que são os ribeirinhos, os quais nós chamamos de ‘pessoas da ilha’ fazemos diversas ações para promover e levar saúde a essa população devido ao pouco acesso a área, e são os únicos que possuem uma associação comunitária. Nossa área conta com 3 escolas, 1 atendendo em 3 períodos e 1 creche.

A cidade de Mosqueiro é uma ilha que vive de turismo, pesca e extração do açaí, dependente da capital Belém, é uma cidade grande em extensão porém, com

apenas 35 mil habitantes. Se você andar pela cidade vai notar claramente a diferença social, a casa dos turistas que passam apenas finais de semana e veraneio na cidade e a verdadeira população que reside na cidade é um desencontro de lindas casas com a realidade social do local pois, a maioria da população é de classe baixa, com tudo isso nossos atendimentos continuam ainda com altos índices de parasitoses e infecções devido ao mal saneamento, vivenda da população e mal habito alimentar que já é cultural, quem nunca viu no jornal falar do famoso açai do Pará com peixe frito, por isso a população em sua maior parte sofre de obesidade.

Contamos com o apoio do CAPS onde realizamos estudos de caso juntamente com a equipe do NASF e do CREAS que sempre dão o apoio necessário para a ESF ajudando no nosso trabalho e desenvolvimento de atividades junto a população, foi com uma atividade desenvolvida com o CREAS que escolhi o meu tema: pacientes em situação de rua. O CREAS de mosqueiro desenvolve um trabalho muito bonito com essa população tendo até espaço recreativo em sua cede, fazem palestra, distribuem café da manhã, ou seja, dando um suporte aos atendimentos de forma ampla, organizada e humanizada. Hoje ESF e CREAS trabalham em conjunto para mudar e ajudar essa população e faremos o possível para que esses objetivos sejam alcançados.

## 2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

A Atenção Primária em Saúde é sem dúvidas uma ferramenta de cunho valioso no processo saúde doença. É a nível primário que podemos prevenir diversas patologias ou mesmo acompanhar, tratar e eliminar muitas doenças. Na minha Unidade Básica de Saúde (UBS), por exemplo, temos vários tipos de morbidades, algumas mais prevalentes que outras é o caso do diabetes, uma doença crônica que tem elevado a cada ano o número de pessoas acometidas, e é causa de base para várias outras doenças secundárias como infarto agudo do miocárdio, retinopatia, nefropatia dentre várias outras, nesse tocante o caso escolhido é o de um paciente diabético segue o caso.

Nosso paciente em questão é seu Antônio, 67 anos, viúvo, aposentado, natural e procedente de Mosqueiro-Belém-Pará, antes de começar a consulta o paciente passou pela triagem obtendo os seguintes dados PA:120/80 mmHg, FC: 75 bpm. FC : 24 irm, peso de 82 kg, altura: 1,68 metros, IMC :29. O paciente chegou na UBS através de consulta pré-agendada. Ao adentra-se no consultório fiz minha apresentação e dei bom dia, perguntei o que poderia fazer por seu Antônio, ele me relatou estar sentido sede mais que o normal, assim como vontade de fazer xixi, sabido que a polidipsia e a polaciúria são sintomas típicos do diabetes, comecei a perguntar quais outro sintomas o paciente sentia, seu Antônio disse que sua visão ficava um pouco turva as vezes e que suas pernas formigavam, e que perdeu muito peso nos últimos meses, cerca de 7 kg, perguntei se esses sintomas estavam aparecendo a quanto tempo, ele afirmou que nos últimos meses veio sentir, acha que deve ser por causa da morte de sua esposa dona Carmem que tinha 57 anos e faleceu vítima de um acidente de carro.

No decorrer da anamnese perguntei se alguma outra pessoa na família tinha sintomas parecidos, ele disse não lembrar, perguntei se seus pais ou irmão tinham alguma doença crônica, ocasião em que ele afirmou que a mãe, dona Filomena faleceu aos 60 anos de diabetes e seu pai, seu Miguel, faleceu aos 69 anos vítima de um acidente vascular encefálico, que fora eles, não lembrava de ninguém que tivesse alguma doença na família. Nessa ocasião fomos interrompidos com a entrada de sua filha Adriana, 37 anos, continuamos a conversa, e seu Antônio disse que de sintomas

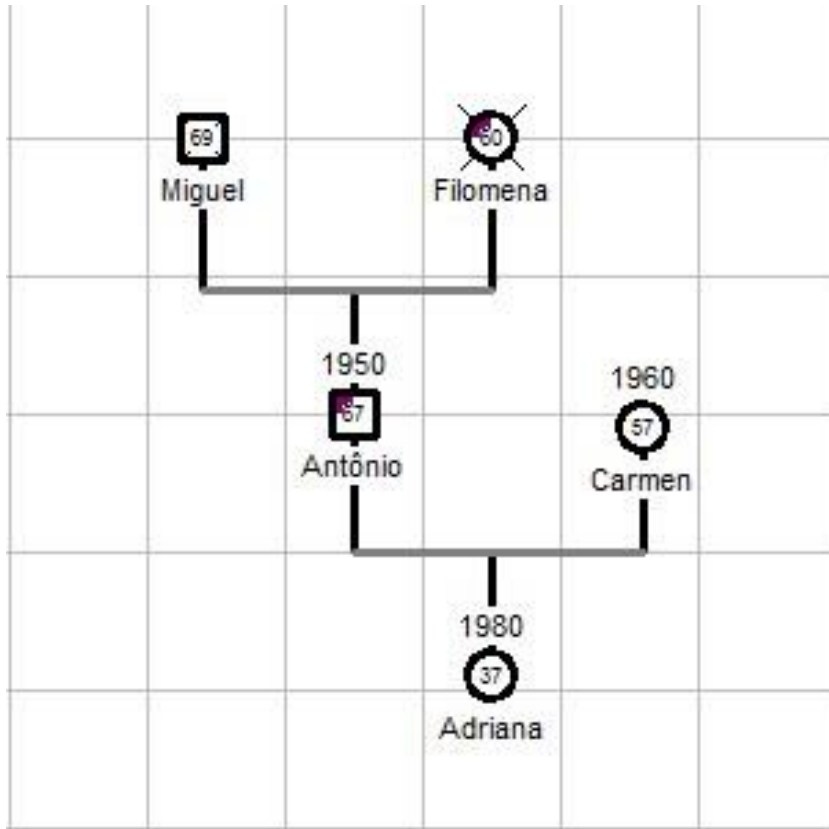
era só isso, a filha exclamou “doutor papai é muito teimoso gosta muito de beber uma cachacinha e come muita besteira”.

Realizai um breve exame físico, o qual não constou nenhuma alteração. Falei para o paciente que suspeitava que o seu quadro fosse de diabetes, porém necessitava ter certeza, por isso iria solicitar alguns exames complementares, e que após o resultado queria que ele voltasse para vermos a sua situação. Solicitei glicemia de jejum, hemograma, ureia, creatinina. Orientei que evitasse massas como pães, bolos, comidas muito açucaradas e que se possível fizesse alguma atividade física de baixo impacto como caminhada e hidroginástica, de preferência perdesse peso, pois estava acima do peso e isso prejudica tanto suas articulações como é fator de risco para doenças cardiovasculares.

Duas semanas depois o paciente retornou com o resultado dos exames, aos exames um destaque para a glicemia de jejum que trouxe um resultado de 248 g/dl, com os outros exames na faixa da normalidade. Então comunique ao paciente que minhas suspeitas estavam corretas e que ele era agora portador de diabetes tipo 2, uma doença crônica, porém que daria para controlar, que ele deveria seguir as orientações e se fizesse isso conseguiria ter uma vida normal, seu Antônio ficou meio pensativo, sua filha que estava na ocasião perguntou se ele ia ter que tomar alguma medicação, eu então falei que ia começar com uma medicação para controlar a doença, implementei Metilformina de 500 mg em duas tomadas diárias, uma após o almoço e outra após o jantar, visto que essa é uma droga de escolha devido seu perfil de baixa toxicidade.

Ressaltei que ele deveria continuar com as orientações que tinha lhe dado na primeira consulta, como ter uma alimentação mais balanceada, evitando massas, doces, gorduras e que começasse a praticar exercícios de forma regular. Seu Antônio veio em uma outra consulta querendo saber sobre o exame de próstata, ocasião que perguntei sobre os sintomas que referia antes, ele ressaltou que estava muito bem, não sentia mais os sintomas e que estava perdendo peso. Continuamos fazendo o acompanhamento do paciente que até o momento tem um ótimo prognóstico.

Para melhor entender a situação da família abaixo temos o genograma;





### 3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica caracterizada pela elevação sustentada dos níveis de pressão arterial de um indivíduo, o suficiente para conferir risco aumentado de desenvolvimento de eventos cardiovasculares, em curto ou em longo prazo. Frequentemente se associa a lesão funcional e/ ou estrutura de órgãos alvos, como coração, encéfalo e rins e é agravada na vigência de fatores de risco, como Diabetes Mellitos, obesidade e dislipidemia. Pacientes com valores de pressão arterial, medidos em pelo menos duas consultas, iguais ou maiores que 140/90 mmHg são considerados hipertensos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

Por ser uma doença que apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, é de extrema importância o diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada e a doença pode ser controlada com a adoção de um estilo de vida saudável e com medicamentos de baixo custo e poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na atenção básica. Além do diagnóstico precoce, o acompanhamento efetivo dos pacientes hipertensos pela equipe de saúde é fundamental, uma vez que o controle da pressão arterial reduz o risco de complicações cardiovasculares e desfechos fatais (BRASIL, 2013).

A prevalência da HAS varia amplamente entre as diversas regiões do planeta e mesmo entre as subpopulações dentro de uma mesma região; porém, ela está presente em todas as populações (KOTCHEN, 2017). Estudos estimam que a prevalência global da HAS seja de um bilhão de indivíduos, acarretando cerca de 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo (BRASIL, 2013). No Brasil, ela atinge cerca de 32,5% da população adulta e mais de 60% da população idosa, podendo contribuir, de forma direta ou indireta, para até 50% das mortes por doença cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Em termos fisiopatológicos, a ocorrência da hipertensão arterial pode ser dividida em primária, quando nenhuma causa reversível para a pressão elevada pode ser identificada, ou em secundária, quando existe pelo menos um mecanismo patológico contribuindo para a elevação da pressão. A grande maioria dos casos de hipertensão, até 95% dos casos, constituem-se de hipertensão primária. Nestes,

apesar da ausência aparente de etiologia para a doença, geralmente um comportamento facilmente identificável, como consumo excessivo de calorias ou sódio, contribuem para o estado hipertensivo (OPARIL, 2008).

Diferentes alterações hemodinâmicas podem ser responsáveis pela hipertensão arterial em indivíduos jovens ou idosos. Enquanto que os pacientes abaixo dos 50 anos de idade desenvolvem mais frequentemente uma hipertensão sistólica e diastólica combinadas devido ao fato de o problema hemodinâmico principal ser o aumento da resistência vascular periférica, os pacientes acima dos 50 anos desenvolvem mais frequentemente uma hipertensão sistólica isolada, devido ao fato de o principal problema hemodinâmico ser a arteriosclerose, ou seja, a perda da distensibilidade das artérias de grande calibre (OPARIL, 2008).

Apesar da ausência de fator etiológico definível, existem fatores de risco sabidamente estabelecidos para a hipertensão arterial primária; a idade é o mais importante deles: há uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência da hipertensão. Quanto ao sexo, a hipertensão costuma atingir mais homens do que mulheres na faixa etária anterior à menopausa destas, o que indica uma possível ação protetora dos hormônios estrógenos; por outro lado, após a menopausa, a hipertensão aumenta substancialmente entre as mulheres. Quanto à etnia, a doença é mais prevalente em negros do que em brancos e pardos. Por fim, a obesidade, o sedentarismo, o abuso de álcool e a presença de dieta hipercalórica e hiperproteica são os fatores de risco evitáveis mais importantes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

Com relação às manifestações clínicas, a hipertensão arterial foi denominada de assassina silenciosa, uma vez que se caracteriza por doença crônica assintomática que silenciosamente lesiona os vasos sanguíneos, o coração, o encéfalo e os rins se não for detectada precocemente e tratada. Embora episódios de cefaleias sejam comuns nos pacientes com hipertensão branda a moderada, os episódios não se correlacionam as flutuações da pressão arterial (OPARIL, 2008).

Neste ínterim, o rastreamento da hipertensão arterial é de extrema importância. Todo adulto com 18 anos de idade ou mais, quando vier à unidade básica de saúde para consulta, procedimentos ou qualquer outra atividade e não tiver registro no prontuário de ao menos uma verificação de pressão arterial nos últimos dois anos, deverá tê-la verificada e registrada. A pressão arterial deverá ser novamente verificada

a cada dois anos, se o valor for menor que 120/ 80 mmHg e anualmente para os pacientes com valores entre 120/ 80 e 140/ 90 mmHg (BRASIL, 2001). Sempre que possível, a medida da pressão arterial deverá ser realizada fora do consultório médico para esclarecer o diagnóstico e afastar a possibilidade de efeito do jaleco branco durante a verificação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

O diagnóstico de hipertensão arterial consiste na média aritmética de pressão arterial igual ou maior a 140/ 90 mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas. A constatação de um valor elevado em apenas um dia, ainda que em mais de uma medição, não é suficiente para que se estabeleça o diagnóstico (BRASIL, 2001).

Existe uma condição, denominada “pré-hipertensão”, caracterizada pela presença de pressão arterial sistólica entre 121 e 139 mmHg e/ ou pressão arterial diastólica entre 81 e 89 mmHg. Os indivíduos pré-hipertensos têm maior probabilidade de se tornarem hipertensos e maiores riscos de desenvolvimento de complicações cardiovasculares, quando comparados a indivíduos com pressão arterial normal, necessitando de acompanhamento periódico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

O cuidado da pessoa com hipertensão arterial sistêmica deve ser multiprofissional. O objetivo do tratamento é a manutenção de níveis pressóricos controlados conforme as características do paciente e tem por finalidade reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos. Um dos desafios para as equipes da Atenção Básica é iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (BRASIL, 2013).

O tratamento não medicamentoso é parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares, como obesidade e dislipidemia. Esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida (MEV) que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida e inclui a adoção de alimentação saudável, com baixos níveis de ingestão de sódio e de calorias, prática de exercícios físicos regulares, de acordo com as possibilidades do paciente e

prevenindo-se a iatrogenia, restrição do consumo de álcool, abandono do tabaco, se o paciente o usa, entre outros (MAGNONI, 2007).

A terapia farmacológica é recomendada aos indivíduos com pressão arterial de 140/90 mmHg ou mais. O grau de benefício derivado dos agentes anti-hipertensivos está relacionado com a magnitude da redução da pressão arterial. A redução da pressão arterial sistólica em 10 a 12 mmHg e da pressão diastólica em 5 a 6 mmHg confere reduções de risco relativas de 35 a 40% para o AVE e 12 a 16% para a ICC em um período de cinco anos do início do tratamento. O risco de insuficiência cardíaca é reduzido em mais de 50%. O controle da hipertensão é a única intervenção mais eficaz para retardar a taxa de progressão da doença renal relacionada com hipertensão. As classes farmacológicas utilizadas na terapêutica farmacológica de hipertensão são os diuréticos, os bloqueadores da enzima conversora de angiotensina, os beta-bloqueadores, os bloqueadores alfas adrenérgicos, os bloqueadores do canal de cálcio e os vasodilatadores diretos. Qualquer medicamento dos grupos de anti-hipertensivos disponíveis, desde que resguardadas as indicações e contraindicações específicas, pode ser utilizado para o tratamento da hipertensão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

#### 4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

Na Atenção Primária temos nos deparamos com muitos tipos de situações com as quais ganhamos experiências e nos fazem refletir sobre nossa função na saúde pública. Dentre essas, acredito que as que merecem um pouco de atenção são as relacionadas aos pacientes que não podem se locomover, para fazermos o atendimento dessas pessoas nos organizamos e tiramos um dia na semana para visitar as residências, no geral constamos com uma médica, uma enfermeira uma auxiliar em enfermagem e o ACS da área para melhor exemplificar escolhi um caso para ser explanado.

A paciente, Ana, comparece à unidade de saúde solicitando atendimento em domicílio para a mãe; a consulta foi agendada pelo agente de saúde.

No dia da consulta, comparecemos com a equipe de saúde à casa da família. Na residência, construída em alvenaria, moravam Ana, de 30 anos de idade com sua mãe, dona Raimunda, 59 anos, e seus dois filhos, ambos em idade escolar. Dona Raimunda, paciente da consulta, encontrava-se dormindo, ainda. A filha me adiantou que o motivo da consulta era o abuso de bebidas alcoólicas por sua mãe e a sua mudança de comportamento nos últimos meses.

A história da paciente, relatada pela filha, era a seguinte: dona Raimunda consome bebidas alcoólicas desde muito cedo. Fazia abuso de álcool desde antes mesmo do nascimento da filha. Nos últimos anos, o consumo foi diário ou quase diário na maioria das semanas e a preferência era por destilados, embora aceitasse qualquer gênero de bebida. Nunca houve interesse, durante muitos anos, da mãe em buscar ajuda, apesar dos diversos problemas que ela tinha arranjado com o hábito. Além disso, a mesma não reconhecia seu consumo abusivo de álcool como vício.

Quantos aos aspectos sociais e profissionais, dona Raimunda jamais conseguiu manter-se em um emprego por mais de seis meses, obtendo renda por grande parte da vida por meio da aposentadoria dos pais. Quando Ana tornou-se adulta e passou a trabalhar, ela passou a sustentar a mãe. Dona Raimunda envolvia-se frequentemente em brigas, mas nunca apresentou comportamento violento dentro de casa, nem com a filha, nem com os netos. A filha nega a ocorrência de doenças crônicas na mãe, muito embora esta não passe por um consulta médica há muitos anos.

A filha prosseguiu a história referindo que, há alguns meses, vem ameaçando deixar a casa com os filhos e abandonar a mãe; foi quando a mesma passou a frequentar um grupo de apoio para pessoas alcoolistas existente no bairro. A mãe tem se esforçado bastante, continua Ana, e já chegou a passar mais de uma semana sem beber. Porém, junto com a restrição do consumo de álcool, vieram alguns comportamentos estranhados pela filha, que relatou episódios de profunda confusão pela mãe, durante os quais ela refere “ouvir vozes e diz estar sendo perseguida”.

Neste momento, pedi para que Ana acordasse a mãe para eu pudesse prosseguir a consulta com ela. Em alguns minutos dona Raimunda aparece na sala da casa para conversar comigo. Apesar de sonolenta, a paciente estava lúcida e orientada; confirmou a história relatada pela filha, inclusive reconhecendo que tinha um vício e que precisava se tratar. A mulher relatou que, por vezes, ouvia vozes baixas dizendo “que ela ia morrer”, mas que ninguém mais podia ouvir as vozes e que isso lhe deixava bastante transtornada, sentindo necessidade de “se esconder”. Negou demais queixas. Negou fazer uso de medicações ou drogas ilícitas. Percebi que tratava-se de um quadro de alucinação auditiva, provavelmente relacionada a crises de abstinência.

A paciente referiu que estava sem consumir álcool há três dias, mas que antes disso estava há quase dez dias sem beber. O último episódio alucinatório fora no dia anterior. Ao exame físico, a mulher estava hipocorada (+/4), hidratada, anictérica e afebril. Exames dos aparelhos cardiovascular, respiratório e do abdome normais. Sinais vitais com valores dentro da normalidade. O exame neurológico e o mini-exame do estado mental também não apresentavam alterações.

Solicitei exames de sangue, bioquímicos e urina e pedi que a família comparecesse à unidade com os resultados. Ademais, entendi que havia necessidade de investigação psiquiátrica para aquele caso, além de acompanhamento continuado e assistência psicológica e social. Por isso, solicitei ainda encaminhamento para o Centro de Aconselhamento Psicossocial para álcool e drogas (CAPS-ad). A família já ouvira falar do serviço, porém ainda não tinham ido atrás. Esclareci as dúvidas e orientei de que a equipe de saúde do CAPS era a mais preparada para ajudar a família.

O caso demonstra a necessidade que muitas pessoas enfrentam no dia a dia, e reflete na importância das equipes de saúde conhecerem as realidades enfrentadas

pelos pacientes e ir até suas residências prestar assistência, lhes proporcionando atendimento digno e de qualidade, melhorando sua qualidade de vida.

## 5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

O curso me proporcionou uma experiência muito positiva, pois vim de uma formação em um outro país, a qual teve suas singularidades se comparada com a forma de “fazer medicina” aqui no Brasil, esse intercâmbio de conhecimentos e experiências diversas me ajudaram a aprimorar meus saberes e de renovar a minha prática médica, tudo isso foi possibilitado com minha inserção no programa mais médicos.

A partir do momento que ingressei no curso senti que estava no caminho certo, pois a maneira como as temáticas foram abordadas deram subsídios para aperfeiçoar os conhecimentos e adquirir novos, pois além da organização do programa os temas foram muito bem direcionados para nossa realidade na atenção primária. Isso fez com que eu conseguisse ter condutas mais enxutas e racionais, pois além dos casos complexos abordados na plataforma, também podemos discutir essas realidades nos fóruns, um ambiente de extrema importância pois me possibilitou ver a realidade enfrentada por outros colegas em outros locais do país.

Além disso, a própria relação com os colegas de trabalho foi beneficiada, já que muita atividade nos direcionava a ter um diálogo próximo com os participantes das equipes de saúde, o que reforçou nossos laços e fez da comunicação uma ferramenta de trabalho importantíssima. Além do mais, pude perceber que o desenvolvimento de diálogos com os próprios comunitários se fez bem mais presente no nosso dia a dia, resultando em um melhor conhecimento da área, assim como seu perfil epidemiológico e suas vulnerabilidades socioeconômicas, contribuindo para uma gestão de tempo e recursos mais direcionada.

Senti que até mesmo a relação médico paciente melhorou, pois logo que cheguei na comunidade os pacientes relutavam em seguir algumas condutas, e a partir de um tempo consegui ganhar a confiança e melhorar a relação com eles, resultando em uma parceria pois as condutas centradas na pessoa, possibilitou que os pacientes escolhessem os melhores planos terapêuticos para si.

Dessa forma, conseguimos fortalecer as relações tanto com a comunidade, quanto com todos os outros envolvidos no processo saúde doença. Muito disso também foi aproveitado para a confecção do portfólio, pois as tarefas foram bem



direcionadas ao que vivenciamos no dia a dia, assim conseguimos trazer isso para a elaboração do trabalho e possibilitou mostrar essa realidade para outras pessoas.

Pessoalmente acredito que o curso de especialização só me trouxe benefícios, contou com uma didática simples e ao mesmo tempo bem elaborada, focando nos temas mais enfrentados na APS e nos direcionando para as realidades a serem enfrentadas a nível primário. Vale ressaltar que o material teórico foi muito bem aproveitado no dia a dia e que a importância de qualificar os médicos da APS é percebida na satisfação da população assistida e o resultado é a melhoria da qualidade de vida. Além disso, nós como promotores da saúde pública temos uma grande responsabilidade de desempenhar um trabalho com qualidade, o que é resultado de grande empenho e dedicação, aliados ao querer fazer o bem.

## 6. REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial - Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

KOTCHEN, T. A. Doença Vasculiar Hipertensiva. In Medicina Interna de Harrison. 19ª edição. São Paulo: AMGH, 2017.

MAGNONI, Daniel; STEFANUTO, Aliny; KOVACS, Cristiane. Nutrição Ambulatorial em Cardiologia. São Paulo: ed. 1ª, Sarvier, 2007.

Ministério da Saúde. Série Cadernos de Atenção Básica nº 37: Estratégias para o cuidado da pessoal com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica. 2ª edição. Brasília: 2013.

OPARIL, S. Hipertensão Arterial. In: BENNETT, J. C.; PLUM, F. et al Cecil – Tratado de Medicina Interna. 23ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VII DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. 2017.

## **Anexo 1: Projeto de intervenção**



### **PROJETO DE INTERVENÇÃO**

## **PACIENTES EM SITUAÇÃO DE RUA NA REGIÃO DO MARACAJÁ, DISTRITO DE MOSQUEIRO, BELÉM-PA.**

Ruilaine Delarmelina Almeida

**Porto Alegre, junho de 2017.**

## RESUMO

O trabalho tem como objetivo analisar os pacientes em situação de rua e as possibilidades de acesso dessas pessoas aos serviços da rede de proteção social, cadastrando-os na Estratégia Saúde da Família (ESF), conhecer o quantitativo de pacientes que necessitem deste tipo de atendimento, o perfil destas pessoas e suas demandas, assim como desenvolver este processo de forma planejada e sistemática, qualificando a temática no âmbito da Atenção Básica. Trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagem exploratória, o projeto será realizado em cinco momentos: Apresentação da proposta equipe de saúde, organização do material de trabalho, dos critérios de inclusão/exclusão, levantamento e avaliação de pacientes elegíveis, construção de planos de cuidados, registro e acompanhamento dos pacientes, avaliação de processo em reuniões de equipe e com pacientes e cuidadores e monitoramento de indicadores de processo e resultado. Resultados: serão apresentados por meio de gráficos, a fim de proporcionar uma melhor compreensão sobre os dados constatados. Conclusão: este estudo contribuiu para o melhor entendimento, através de ações educativas, auxiliando para divulgação de informações e promoção a saúde através de estudos e pesquisas. Enfim, a compreensão deficiente acerca do cuidado com a saúde e a negligência do sistema sobre a integralidade dos pacientes. Portanto, há necessidade de elaborar ações dirigidas a esse grupo, a exemplo dos consultórios na rua, compreendendo os princípios da igualdade, integralidade e universalidade, com vistas a assisti-los de forma eficaz.

**Palavras-Chave:** Pacientes. ESF. Atenção Básica. Promoção a Saúde.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	3
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	5
2.1 OBJETIVO GERAL .....	5
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	5
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	6
3.1 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: ASPECTOS GERAIS .....	6
3.2 DOENÇAS QUE ACOMETEM OS PACIENTES .....	8
3.3 POLÍTICAS SETORIAIS DIRECIONADAS A PACIENTES DE RUA .....	9
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	16
<b>5 CRONOGRAMA</b> .....	18
<b>6 RECURSOS NECESSÁRIOS</b> .....	19
6.1 RECURSOS HUMANOS .....	19
6.2 RECURSOS MATERIAIS .....	19
<b>7 RESULTADOS ESPERADOS</b> .....	20
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	22

## 1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa aborda o tema pacientes em situação de rua na região do Maracajá, distrito de mosqueiro, Belém-PA, a compreensão acerca do cuidado com a saúde pelas pessoas em situação de rua é deficiente, entendido através do conhecimento ingênuo dessas pessoas em relação ao autocuidado, assim como, o uso de substâncias alcoólicas, drogas como meio de “tratamento” e fuga da sua realidade, além da automedicação e a procura do serviço hospitalar apenas em casos extremos, ou seja, de risco iminente.

Segundo Jabur *et al.* (2014), o álcool serve como um amortecedor do desconforto, da solidão, ao mesmo tempo que permite a criação de determinador vínculos com os colegas e companheiros de rua. Os indivíduos em situação de rua vivem em um contexto radical de insegurança e flutuação errante dentro desse percurso social.

O autor acima descreve ainda que esses indivíduos vagam entre empregos, lugares, “casas”, abrigos; situações sem qualquer forma aparente de continuidade ou de projeto mais ou menos racional de vida. Mais do que uma forma de excedente social, esses indivíduos caracterizam-se pela ordem aleatória de sua vida e, portanto, de escolhas, sentidos e narrativas. Por isso, a questão do uso do álcool não é somente um fator pontual, pois também está ligada à dinâmica do conjunto e da natureza dessas narrativas, da maneira como podemos ouvir e analisar esses percursos de construção e quebra de vínculos sociais.

Portanto, o paciente de rua, um dos dados importantes é sobre o acesso aos serviços de saúde, é garantido no artigo 196 da Constituição Federal (1988), que afirma: A saúde é direito de todos e dever do Estado, e de acordo com portaria 2.488 de outubro de 2011, a atenção básica de saúde deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. (BEZERRA *et al.*, 2015)

Esse trabalho destina-se aos pacientes de rua conscientizá-los, e inscrevê-los em programas de saúde, projetos de inclusão social e acompanhamentos psicológicos com assistência das entidades responsáveis, como o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e pelo Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), o Serviço

Especializado em Abordagem Social (SEAS), que fazem parte para ajudar a resgatá-los de volta a sociedade fazendo o monitoramento a respeito da saúde física e mental.

O projeto trabalhará com delineamento de pesquisa de campo, se tratando de uma pesquisa de caráter exploratório descritivo, os resultados serão apresentados por meio de gráficos, a fim de proporcionar uma melhor compreensão sobre os dados constatados, também visa incentivar um crescimento pessoal e social, tanto dos envolvidos quanto dos que terão acesso aos dados levantados.

Diante desse cenário, surge então o problema que norteará o presente Projeto de Intervenção a seguinte questão:

*1. – Como implementar mudanças em pacientes que se encontram em situação de rua junto a Estratégia Saúde da Família (ESF) na região de Maracajá e demais entidades como: o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (CentroPOP).*

A proposta é que se obtenha com a consulta coletiva estabelecer o vínculo com os profissionais destinados a atender os sujeitos em situação de rua que se situam em uma área adstrita do território da unidade de saúde (área de vigilância), fazendo o controle e acompanhamento dos mesmos. Atender um maior número de pessoas, proporcionando a elas um acompanhamento qualificado.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar os pacientes em situação de rua cadastrando-os na ESF da unidade básica de Maracajá em Mosqueiro (Belém – PA).

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar a população, doenças ou problemas prevalentes de pacientes em situação de rua;
- Avaliar os tratamentos e controle de doenças prevalentes nesses pacientes;
- Verificar e mapear as políticas setoriais, ESF, CREAS e Centro POP da população em situação de rua.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: ASPECTOS GERAIS

Estima-se que existam 101.854 pessoas em situação de rua no Brasil. Deste total, dois quintos (40,1%) habitam municípios com mais de 900 mil habitantes e mais de três quartos (77,02%) se encontram em municípios de grande porte, com mais de 100 mil residentes. Por sua vez, estima-se que nos 3.919 municípios com até 10 mil moradores residam 6.757 sujeitos em situação de rua, (6,63% do total) (NATALINO, 2016. p. 25). Nota-se que a população em situação de rua predomina em municípios maiores, no entanto, é uma realidade que se instala também em cidades de pequeno porte.

A urbanização desordenada, o aumento do desemprego e a extrema desigualdade social são uns dos efeitos negativos da globalização que afetam as cidades. Aparece então uma população pouco reconhecida, mas muito vista nas ruas, embaixo dos viadutos, nos faróis e becos da cidade.

Botti et al. (2010), descreve que vítimas dos processos sociais, políticos e econômicos, a população em situação de rua é definida como grupo populacional heterogêneo que tem em comum a pobreza, vínculos familiares interrompidos, vivência de um processo de desfiliação social pela ausência de trabalho assalariado e das proteções derivadas ou dependentes dessa forma de trabalho, sem moradia convencional regular e tendo a rua como o espaço de moradia e sustento.

Assim sendo, viver na rua não é uma opção individual, existem fatores que podem levar os indivíduos a viverem nesta situação, como a falta de emprego, vícios, doenças, perdas, entre outros. Como resultado, muitos passam por dificuldades, sofrem preconceito, violência verbal e física, vítimas da desumanização e descaso social. (BRANDÃO *et al.*, 2016)

O uso da rua como local de moradia de permanência configura um caso de alta vulnerabilidade social. Apesar da maioria dessas populações nas diversas cidades brasileiras, ser composta pelo sexo masculino, esse fato é mais agravante para as mulheres. Desse modo, a vulnerabilidade se às circunstâncias concernentes à sua

condição de gênero, como violência física, psicológica, abuso sexual, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não planejada e/ou indesejada (BRASIL, 2012).

Para fundamentar a explanação dos principais programas e ações da política de saúde voltadas para o atendimento à população em situação de rua, usaremos o Manual sobre o Cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua (BRASIL, 2012a). Este documento busca ampliar e melhorar o acesso à proteção integral dos usuários via ações e serviços de saúde, de forma multidisciplinar e itinerante, mesclando ações articuladas entre a Atenção Básica de Saúde e a experiência dos Consultórios de Rua.

De acordo com o Manual (BRASIL, 2012a), podemos compreender as principais mazelas enfrentadas por essa população que vive nas ruas em condições precárias e expostas à diversos riscos à saúde. A tuberculose e outras doenças crônicas, como diabetes e hepatites, têm um alto índice de incidência nesses indivíduos, que adoecem e transmitem uns aos outros e, por maioria, não recebem ou não continuam o tratamento devido. A saúde bucal desses usuários é também muito precária e presente, carecem de um costume de higiene bucal que por muitas vezes comprometem sua saúde e seu sorriso. (MACHADO; BROTTTO, 2016)

Canônico et al. (2008), narra que ainda é desconhecido o aspecto que mais condiciona a rua como moradia dessas pessoas. Neste contexto tão adverso, a permanência na rua, com toda a violência que nela está imbricada são relatados inúmeros fatores que comprometem sua estrutura individual agravando ainda mais suas capacidades mentais e físicas. Muitas vezes, drogas como o álcool e o crack estão presentes na vida dos moradores de rua, bem como o distúrbio mental. Entretanto, podem ter chegado às ruas por conta desses problemas, ou podem ter adquirido certos hábitos como o consumo abusivo de drogas e o desenvolvimento de muitas doenças, em sua maior parte, mentais, em decorrência de sua permanência neste outro modo de vida.

O autor acima aduz que é sabido que algumas pessoas optam por morar na rua. Neste caso a liberdade se sobrepõe às regras da união familiar. O rompimento com a família é extremamente presente na vida dos moradores de rua, sendo prevalentes situações de violência doméstica, sexual e moral. A maioria vive sozinha, mas aglomera-se com outros companheiros de praça, ocasionando uma união pelas dificuldades comuns, mas com frequente desconfiança.

### 3.2 DOENÇAS QUE ACOMETEM OS PACIENTES

Teixeira (2012 *apud* BRANDÃO *et al.*, 2016), afirma que a hipertensão, diabetes mellitus e doença pulmonar obstrutiva crônica, entre outras, são agravos comuns de ocorrerem na população de rua, geralmente em virtude dos hábitos de vida, com elevada prevalência dentre outras, o tabagismo e a alimentação inadequada, tais doenças podem se apresentar em idade mais precoce nesses indivíduos. Além do tabagismo, outros hábitos contribuem pelo agravamento de diversas condições que impactam diretamente na capacidade de sobrevivência na rua.

Diante disso, existe outro problema para esta população é o desinteresse em procurar atendimento em serviços públicos de saúde, mesmo com uma lesão grave. E está relacionada ao receio de entrar nesses estabelecimentos por estar em situação de rua e usar drogas (SILVA, 2013).

Segundo especialistas em saúde, estar em situação de rua é um fator de risco independente significativo para o aumento da morbidade e da mortalidade precoce nessa população. Estudos evidenciam que uma pessoa em situação de rua que é admitida no hospital com algum transtorno relacionado à drogas tem sete vezes mais chance de ir a óbito nos próximos 5 anos do que uma pessoa com o mesmo transtorno mas que não está em situação de rua.

Alguns agravos na condição de Saúde da População em Situação de Rua são vistos como consequências do processo de vivência nas ruas, são: Falta da higiene adequada; Exposição a baixas temperaturas; Alimentação inadequada ou insuficiente; Sono irregular; Exposição a intempéries; Exposição à violência; Uso de álcool e drogas e Distúrbio mental.

### 3.3 POLÍTICAS SETORIAIS DIRECIONADAS A PACIENTES DE RUA

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo

Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custoefetividade. (BRASIL, 2012)

Um ponto importante é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – ESF) composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. (BRASIL, 2012)

A estratégia Consultório na Rua foi instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, e visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados. Chamamos de Consultório na Rua equipes multiprofissionais que desenvolvem ações integrais de saúde frente às necessidades dessa população. Elas devem realizar suas atividades de forma itinerante e, quando necessário, desenvolver ações em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde do território. (BRASIL, 2017)

Ressalta-se que a responsabilidade pela atenção à saúde da população em situação de rua como de qualquer outro cidadão é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, mesmo que ele não seja componente de uma equipe de Consultório na Rua (eCR). Desta forma, em municípios ou áreas em que não haja eCR, a atenção deverá ser prestada pelas demais modalidades de equipes da Atenção Básica. É importante destacar, ainda, que o cuidado em saúde da população em situação de rua deverá incluir os profissionais de Saúde Bucal e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do território onde essas pessoas estão concentradas.

(BRASIL, 2017)

As equipes dos Consultórios na Rua podem ser organizadas em três

modalidades: **Item 1:** Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social e Terapeuta Ocupacional

**Item 2:** Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem, técnico em Saúde Bucal, Cirurgião Dentista, profissional de Educação Física e profissional com formação em Arte e Educação. Fonte: Portal da Saúde (BRASIL, 2017)

No Portal do DAB/MS, 2017, o Consultório na Rua é um dos componentes da atenção básica na rede de atenção psicossocial. Os Consultórios na Rua são equipes multiprofissionais e itinerantes que oferecem atenção integral a saúde para a população em situação de rua. Além do cuidado direto, também atuam como articuladores da rede local, por compartilhar o cuidado de casos extremamente complexos, implicando assim os atores locais neste cuidado. O cadastramento de novas equipes de Consultórios na Rua deverá seguir os trâmites previstos para cadastramento de equipes de Saúde da Família, conforme Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica.

As atividades devem ser realizadas de forma itinerante, com cumprimento de carga horária mínima semanal de 30 horas, porém seu horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno, em todos os dias da semana. No processo de trabalho, devem estar garantidas ações para o cuidado in loco, a partir da abordagem ampliada dos problemas de saúde e sociais, bem como ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS). A depender da necessidade do usuário, essas equipes também devem atuar junto aos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), aos serviços de Urgência e Emergência e a outros pontos de atenção da rede de saúde e intersetorial. (PORTAL SAÚDE, 2017)

Diante das especificidades dessa população, a estratégia de redução de danos deverá ser transversal a todas as ações de saúde realizadas pelas equipes. Todas as ações realizadas pelas eCR devem ser registradas no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (Sisab), por meio da [Estratégia e-SUS AB](#) Para conhecer melhor sobre o Consultório na Rua, saber da possibilidade de credenciamento de uma equipe no seu município, entre outras informações, acesse a [Política Nacional de Atenção Básica](#) ou entre em contato com o Apoio Institucional de referência para o seu Estado. (PORTAL SAÚDE, 2017)

Ações que podem promover a saúde da População em Situação de Rua, é importante ressaltar qual é o retrato da saúde dessa população. Com esse diagnóstico, pode-se aprimorar as estratégias e ações que objetivam promover a saúde dessas

peças. A Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua abordou sobre a saúde e higiene desse público. Alguns dos resultados mais relevantes foram os seguintes: (BRASIL, 2014)

- 29,7% dos entrevistados afirmaram ter algum problema de saúde.
- Os problemas mais prevalentes foram: hipertensão (10,1%), problemas psiquiátricos / mental (6,1%), HIV/aids (5,1%), e problemas de visão/cegueira (4,6%).
- 18,7% dos entrevistados afirmaram que fazem uso de algum medicamento, os Postos/Centros de Saúde são os principais meios de acesso a eles.
- 43,8% dos entrevistados afirmaram que procuram primeiramente o hospital/emergência quando estão doentes, e 27,4% procuram o posto de saúde.
- Os locais mais usados pelas Pessoas em Situação de Rua para tomar banho são a rua (32,6%), os albergues/abrigos (31,4%), os banheiros públicos (14,2%) e a casa de parentes ou amigos (5,2%).

Os locais mais usados pelas pessoas em situação de rua para fazer suas necessidades fisiológicas são a rua (32,5%), os albergues/abrigos (25,2%), os banheiros públicos (21,3%), os estabelecimentos comerciais (9,4%) e a casa de parentes ou amigos (2,7%). (BRASIL, 2008)

Além desses dados, é importante destacar que entre essa população são recorrentes os relatos de recusa em ir para unidades de saúde devido a episódios de mau atendimento em hospitais, de negação a atendimento e impedimento de entrada nas unidades de saúde. Um dado que confirma essas alegações foi trazido pela Pesquisa Nacional, citada anteriormente, que revela que 18,4% das pessoas em situação de rua já passaram por experiências de impedimento de receber atendimento na rede de saúde.

Em 2012, o Ministério da Saúde publicou o Manual sobre o Cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua que aborda sobre a vida na rua e a exposição aos problemas de saúde que ela traz. Alguns dos motivos citados são: a vulnerabilidade à violência, a alimentação incerta e sem condições de higiene, a pouca disponibilidade de água potável, a privação de sono e afeição e a dificuldade de adesão a tratamento de saúde. Alguns dos problemas de saúde mais recorrentes nessa população e citados no Manual são: problemas nos pés, infestações,

DST/HIV/aids, gravidez de alto risco, doenças crônicas, consumo de álcool e drogas, saúde bucal e tuberculose (BRASIL, 2012c).

Existe duas grandes áreas de intervenção da política de saúde pública: a Atenção Básica e os Consultórios de Rua. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2013b), é papel do Consultório de Rua, compreendido dentro da Atenção Básica de Saúde e vinculado ao Núcleo de Atenção à Saúde da Família, oferecer os serviços básicos para a proteção integral da pessoa em situação de rua e facilitar a sua inserção na rede de atenção à saúde, garantindo, assim, a satisfação de suas demandas e possibilitando um bem-estar integrado. Um último ponto a se destacar é o teor intersetorial que o trabalho com esses indivíduos proporciona, assim, o Consultório de Rua, por se móvel, necessita de encaminhar as demandas mais urgentes e complexas à rede socioassistencial (hospitais, Caps, Creas, Centro Pop, etc.).

A visão que temos é de que a saúde pública ainda não possui um programa integral, completo, adequado para o tratamento das mazelas enfrentadas pela população em situação de rua hoje. Com apenas o Consultório de Rua sendo executado, a gama de problemáticas em saúde desses indivíduos esgota o trabalho dos profissionais de saúde, que, geralmente, não estão qualificados ou não sabem lidar com tais situações, resultando em ações focalizadas e precarizadas que não atendem à proteção necessária para recuperação ou transformação da situação de saúde desse grupo.

O Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), que desenvolve serviços e ações técnicas direcionadas à orientação e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. No segundo caso, temos o trabalho voltado para a proteção integral de indivíduos e famílias que estejam em total desamparo, isto é, sem referência e, ou, em situação de ameaça, necessitando serem retirados do núcleo familiar ou comunitário. (BRASIL, 2004).

O Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), previsto no Decreto nº 7.053/2009 e na Tipificação nacional de Serviços Socioassistenciais, constitui-se em unidade de referência da PSE de Média Complexidade, de natureza pública e estatal. Diferentemente do CREAS, que atua com diversos públicos e oferta, obrigatoriamente, o PAEFI, o Centro POP volta-se, especificamente, para o atendimento especializado à população em situação de rua,

devendo ofertar, obrigatoriamente, o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua. (CENTRO POP, 2017)

O Centro POP representa espaço de referência para o convívio grupal, social e para o desenvolvimento de relações de solidariedade, afetividade e respeito. Na atenção ofertada no Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua devesse proporcionar vivências para o alcance da autonomia, estimulando, além disso, a organização, a mobilização e a participação social.

Além do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, que deve ser obrigatoriamente ofertado no Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua, a Unidade poderá ofertar também o Serviço Especializado em Abordagem Social, conforme avaliação e planejamento do órgão gestor local, desde que isso não cause prejuízos ao desempenho da oferta do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

Abaixo, apresentam-se, em ordem cronológica, algumas normativas que tratam da atenção às pessoas em situação de rua.

**Política Nacional de Assistência Social – PNAS.** A PNAS reconheceu a atenção à população em situação de rua no âmbito do SUAS. De acordo com a PNAS (2004), “no caso da proteção social especial, à população em situação de rua serão priorizados os serviços que possibilitem a organização de um novo projeto de vida, visando criar condições para adquirirem referências na sociedade brasileira, enquanto sujeitos de direitos” (p.37).

**Lei nº 11.258 de 2005, que inclui, no parágrafo único do Artigo 23 da Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS,** a prerrogativa de que, na organização dos serviços da Assistência Social, deverão ser criados programas destinados às pessoas em situação de rua.

**Decreto s/nº, de 25 de outubro de 2006** – instituiu o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), coordenado pelo MDS, com a finalidade de elaborar estudos e apresentar propostas de políticas públicas para a inclusão social da população em situação de rua.

**Portaria MDS nº 381, de 12 de dezembro de 2006**– assegurou recursos do com financiamento federal para municípios com mais de 300.000 habitantes com população em situação de rua, visando apoio à oferta de serviços de acolhimento destinados a este público.



**Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS nº 109, de 11 de novembro, de 2009** – Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Documento que tipifica os serviços socioassistenciais em âmbito nacional, dentre os quais os serviços destinados ao atendimento à população em situação de rua na Proteção Social Especial - PSE: Serviço Especializado em Abordagem Social; Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua; Serviço de Acolhimento Institucional (que incluem adultos e famílias em situação de rua) e Serviço de Acolhimento em República (que inclui adultos em processo de saída das ruas).

**Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009** – instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua e o seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento.

**Instrução Operacional conjunta Secretaria Nacional de Assistência Social - SNAS e Secretaria Nacional de Renda e Cidadania - SENARC Nº 07, de 22 de novembro de 2010** – que reúne orientações aos municípios e Distrito Federal para a inclusão de pessoas em situação de rua no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal.

**Resolução da Comissão Intergestores Tripartite – CIT nº 7, de 07 de junho de 2010** - pactuou critérios de partilha de recursos do cofinanciamento federal para a Expansão dos Serviços Socioassistenciais 2010. Destinou, pela primeira vez, recursos do cofinanciamento federal para a oferta do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, ofertado no Centro de Referência para População em Situação de Rua, em municípios com mais de 250.000 habitantes e Distrito Federal.

**Portaria Nº 843, de 28 de dezembro de 2010** – Dispõe sobre o cofinanciamento federal, por meio do Piso Fixo de Média Complexidade - PFMC, dos serviços socioassistenciais ofertados pelos Centros de Referência Especializados de Assistência Social - CREAS e pelos Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua, e dá outras providências.

## 4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo Clínico Intervencional no qual o presente projeto será destinado a sujeitos em situação de rua com faixas etárias que variam de 45 (quarenta e cinco) a 70 (setenta) anos, de ambos os gêneros, em sua maioria do sexo masculino. Que se localiza no município de Maracajá – Mosqueiro (PA). Tal localidade abriga aproximadamente 40 (quarenta) moradores de rua, sendo que o número de amostra com a qual a pesquisa será realizada, a priori se baseará em 10 (dez) sujeitos que fizeram parte da pesquisa. Ressaltando que todos os sujeitos convidados a participarem de tal projeto, serão conscientizados que não haverá identificação dos mesmos, sendo um dos requisitos para a participação, o preenchimento em total acordo, do Termo de Consentimento Pós-Informado.

A região do Maracajá limita-se a oeste pela Rua Padre Manuel Raiol (5ª. Rua), ao norte pelo prolongamento da Travessa Pratiquera, a leste pelo Parque Ambiental da Ilha do Mosqueiro e rio Pratiquera e ao sul pela baía de Santo Antônio. Além da área urbanizada, existe ainda uma grande faixa de terra firme e, margeando o rio Pratiquera e a baía de Santo Antônio, encontra-se uma extensa mata ciliar onde predominam espécies de mangue, o que demonstra a necessidade de sua preservação, por ser uma das áreas mais frágeis da Ilha.

O Projeto será dividido em cinco momentos no sentido de implementar a Atenção a Saúde Básica aos pacientes moradores de rua na região de Maracajá (Mosqueiro).

**Primeiro momento:** Apresentar o projeto de intervenção para a equipe de saúde Estratégia da Saúde da Família na unidade básica de Maracajá, mostrando-se os objetivos, metodologia e resultados esperados. Constituir com a coordenação da Saúde da Família desta comunidade para mudança no estilo de vida de pacientes de rua cadastrado. Portanto, a ESF é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil.

**Segundo momento:** O instrumento para coleta da pesquisa será um questionário elaborado pela autora, aplicado a 10 (dez) paciente em situação de rua, sendo este, a investigação sócio demográfica, em relação a inclusão social, doenças prevalentes e consumo de álcool e drogas. O questionário é composto por 10 (dez) questões, contendo perguntas objetivas e discursivas. Com critério de obter dados que

permitam analisar posteriormente o que os prende a rua e levantar dados relevantes para inserção dos mesmos juntamente às entidades acolhedoras.

**Terceiro momento:** Outro método utilizado será por meio de coleta direta de informação com base em rodas de conversas abertas e livres com 10 (dez) paciente em situação de rua, juntamente com os demais da equipe citados acima. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) irão fazer a busca ativa dos pacientes, onde serão convidados a comparecer à terapia de grupo, palestras e consulta médica na qual serão analisadas as doenças prevalentes.

**Quarto momento:** Será realizado um encontro com 10 (dez) paciente em situação de rua, com duração de 1 (uma) hora e 30 (trinta) minutos por mês, com uma hora restante para discussão e avaliação da equipe do encontro e planejamento do encontro do próximo mês, definindo papel e atribuições para cada um dos participantes.

**Quinto momento:** Os pacientes também no encontro, receberam esclarecimentos acerca do alcoolismo, assim como, da vulnerabilidade em que eles se encontram. Cuidados clínicos como verificação pressão arterial, peso, altura, IMC; solicitação de VDRL, Enzimas Hepáticas, HIV, Hepatite B e C e Baciloscopia se necessário. Outras questões como a renovação das receitas também poderão ser realizadas no final do atendimento conjunto pelo médico em sala específica e com tempo máximo de 5 minutos por paciente.

## 5 CRONOGRAMA

AÇÕES	MESES/ 2017			
	JAN	FEV	MAR	ABR
Apresentação da proposta à equipe de saúde, organização do material de trabalho nos critérios de inclusão/exclusão	X			
Levantamento de pacientes		X		
Organizar os planos terapêuticos (aplicação do questionário) Acompanhamento domiciliar Monitoramento das consultas			X	
Avaliar o andamento do projeto de intervenção com os pacientes e Agente Comunitário de Saúde (ACS)				X

## 6 RECURSOS NECESSÁRIOS

### 6.1 RECURSOS HUMANOS

A Estratégia da Saúde da Família na unidade básica de Maracajá, possui uma equipe da Consulta Coletiva composta por; 1 médico, 1 enfermeiro, 1 Téc /Aux. Enfermagem, 7 Agente Comunitário de Saúde(ACS), 2 Psicólogo e/ou Assistente Social.

### 6.2 RECURSOS MATERIAIS

ESPECIFICAÇÃO	QUANTIDADE
Papel A4	01 UND
Clips de metal	01 CX
Grampeador	01 UND
Caneta azul	03 UND
Caneta vermelha	03 UND
Pendrive	03 UND
Pasta para arquivo	01 UND
Impressão	200 UND
Encadernação	03 UND
Xerox	100 UND
Brochuras	2UND

## 7 RESULTADOS ESPERADOS

A realização deste projeto de integração é de grande importância para os pacientes de rua cadastrados na Estratégia da Saúde da Família, unidade básica de Maracajá, no Distrito de Mosqueiro, Estado do Pará, junto com a equipe do CREAS, CENTRO POP (onde se faz o primeiro contato com o paciente e depois de passar por uma triagem), a unidade encaminha o paciente ao Serviço de Acolhimento para a troca de informações.

Verifica-se a necessidade da atuação mais representativa de políticas públicas voltadas para a referida população. Entretanto, se faz necessário a inserção de práticas de educação em saúde apropriadas à realidade desses pacientes, a fim de estimular o autocuidado, a adesão aos tratamentos de saúde, tornando-os atores no processo de construção de sua própria saúde.

Ressalta-se que os pacientes em situação de rua, na maioria, possuem problemas de saúde, necessitando assim de acompanhamento multiprofissional. A não adesão de tal população a programas ou ações de saúde aponta para a necessidade de criar estratégias para atrair tal grupo, conhecendo o porquê da não adesão e assim envolvê-los em planos de cuidados especiais e adequados, atentando para a realidade do grupo, que se trata de uma população que não reside fixamente em um local, migrando com facilidade, o que torna o acompanhamento difícil.

Segundo Ribeiro; Tonon (2015), narram que as pessoas que ficam na rua, reflete a insegurança da vida, pela falta de emprego ou por se deslocarem de sua região para outra cidade em busca de emprego, de tratamento de saúde ou situações referentes. Ou seja, nestes casos, costumam passar a noite em rodoviárias, albergues, ou locais públicos que possuem movimento, para não correr perigo.

Essas pessoas encontram proteção nas ruas, e ali fazem sua morada, passam a estabelecer relações com as pessoas que vivem na rua ou que são da rua, criando estratégia de sobrevivência, fazendo deste local o seu emprego como guardadores de carro, catadores de papéis ou latinhas etc. Esses pacientes de rua vivem um período muito grande e acabam sofrendo um processo de debilitação física e mental, principalmente pelo uso do álcool, das drogas e violência.

A intervenção é uma técnica estruturada, simples e comprovadamente eficaz, e vem ajudando de forma efetiva quanto aos problemas relacionados aos pacientes em

situação de rua, modificando suas atitudes/comportamentos e um encaminhamento mais estruturado quando se trata de um dependente químico.

Constatou-se também que a sistematização da assistência aos pacientes de rua é capaz de efetivar o cuidado, promovendo uma melhora em seu prognóstico através do tratamento humanizado, que atenda suas necessidades físicas, sociais e emocionais, pois o paciente é recebido e encaminhado para o grupo de acolhimento que fara abordagem educativa e agendamento para o tratamento. Por isso foi importante esse projeto no desenvolvimento de ações de autocuidado que favoreceu ao tratamento e a prevenção de complicações de saúde que eles possuem.

Embora a Constituição Federal garanta saúde como direito de todos e dever do Estado, mediante políticas econômicas e sociais, em termos práticos, não se vê a extensão desses direitos aos pacientes de rua, eles vivem à margem dos processos de inclusão e sofre graus acentuados de vulnerabilidade e marginalidade no acesso aos bens e serviços.

A grande importância deste projeto de intervenção consistiu em melhorar a qualidade de assistência que é prestada pela equipe de saúde da unidade básica de Maracajá em Mosqueiro (Belém – PA) aos pacientes em situação de rua, contribuindo para que eles tenham uma melhor qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

BEZERRA, IHP *et al.* **População em situação de rua: um olhar da enfermagem sobre o processo saúde/doença.** Rev. Enfermagem Revista. V. 18. Nº 01. Jan/Abr. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/9365>>. Acesso em: 22 mai 2017.

BOTTI, Nadja Cristiane Lappann et al. Prevalência de depressão entre homens adultos em situação de rua em Belo Horizonte. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, p.10-16, 10 fev. 2010.

BRANDÃO, V.M. *et al.* **Saúde da população em situação de rua do município de Imperatriz – MA.** 2016. Disponível em: <[http://editorarealize.com.br/revistas/fiped/trabalhos/TRABALHO\\_EV057\\_MD1\\_SA31\\_ID1029\\_09092016145257.pdf](http://editorarealize.com.br/revistas/fiped/trabalhos/TRABALHO_EV057_MD1_SA31_ID1029_09092016145257.pdf)>. Acesso em: 22 mai 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua.** Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília; 2012. Disponível em: < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 25 mai 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Manual sobre o cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua.** Brasília, 2012c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Saúde da população em situação de rua: um direito humano / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_populacao\\_situacao\\_ rua.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_ rua.pdf)>. Acesso em: 23 mai 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Conselho Nacional de Saúde. **Conselhos de Saúde:** a responsabilidade do controle social democrático do SUS. Brasília, 2013b.

\_\_\_\_\_. Departamento de atenção básica (DAB). **Consultório na Rua.** Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_consultorio\\_ rua.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_ rua.php)>. Acesso em: 29 MAI 2017.



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** 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea09.pdf>>. Acesso em: 21 mai 2017.

**CENTRO POP – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua**. Disponível em:

<[http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/suas/creas/centro\\_pop\\_institucional.pdf](http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/suas/creas/centro_pop_institucional.pdf)>. Acesso em: 23 mai 2017.

GOOGLE MAPS. **Mapa do Região Maracajá (Mosqueiro) - Belém** - Mapas App. Disponível em: <<http://mapasapp.com/satelite/para/belem-pa/4565-maracajamosqueiro/>>. Acesso em: 23 mai 2017.

JABUR, P.A.C. **Migração e situações de rua**: O uso do álcool nas ruas de Brasília. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 22, n. Suplemento Especial, p. 125-133, 2014. Disponível em: <<http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2014.037>>. Acesso em: 20 mai 2017.

MACHADO, R.W.G.; BROTTTO, M.E. **Proteção social para população em situação de rua**: uma análise das políticas de assistência social e saúde. II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro. 11 a 13 de maio de 2016. Disponível em: <<http://www.cressrj.org.br/site/wp-content/uploads/2016/05/023.pdf>>. Acesso em: 24 mai 2017.

NATALINO, M. A. C. TD 2246 - **Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil**. Brasília, outubro/2016. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=28819%3Atd-2246-estimativa-da-populacao-em-situacao-de-rua-no-brasil&catid=390%3A2016&directory=1&Itemid=1](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28819%3Atd-2246-estimativa-da-populacao-em-situacao-de-rua-no-brasil&catid=390%3A2016&directory=1&Itemid=1)>. Acesso em: 20 mai 2017.

RIBEIRO, P. A.; TONON, A. S. **Os desafios do assistente social para a reinserção da população em situação de rua na sociedade**. Disponível em: <[intertemas.toledoprudente.edu.br/revista/index.php/SeminarioIntegrado/article/.../4924](http://intertemas.toledoprudente.edu.br/revista/index.php/SeminarioIntegrado/article/.../4924)>. Acesso em: 20 mai 2017.

SILVA, F. P. **As Práticas de Saúde das Equipes dos Consultórios de Rua**. Cad. Saúde Pública vol.30 no.4 Rio de Janeiro Apr. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000400805](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400805)>. Acesso em: 20 mai 2017.