

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

VERÔNICA MICHELLE FERREIRA DE FREITAS

**PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA
DE BELO HORIZONTE**

BELO HORIZONTE

2015

VERÔNICA MICHELLE FERREIRA DE FREITAS

**PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA
DE BELO HORIZONTE**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde, para a obtenção do título de Especialista.

Orientação: Prof^a Dr^a Selme Silqueira de Matos

BELO HORIZONTE

2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

FREITAS, VERÔNICA MICHELLE FERREIRA DE

PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DE BELO HORIZONTE [manuscrito] / VERÔNICA MICHELLE FERREIRA DE FREITAS. - 2015.

47 f.

Orientador: Selme Silqueira de Matos.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde.


1. Educação em Saúde. 2. População em Situação de Rua. 3. Promoção à Saúde. I. Matos, Selme Silqueira de. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III. Título.

Verônica Michelle Ferreira Freitas

**PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE DA POPULAÇÃO COM SITUAÇÃO
DE RUA DE BELO HORIZONTE**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

BANCA EXAMINADORA:



Profª. Dra. Selme Silqueira de Matos (Orientadora)



Profª. Dra. Isabela Silva Cancio Velloso

Data de aprovação: **26/06/2015**

Dedico este trabalho ao meu estimado pai, Francisco, por ser meu maior amigo e incentivador. Dedico-o à minha amada companheira Michelle por estar ao meu lado em todos os momentos, compartilhando dissabores e alegrias e por sempre me apoiar em todas as circunstâncias. Dedico-o ainda à minha querida filha Emanuelle por ser minha luz e minha maior riqueza.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo sustento e motivação diários;

A esta Universidade, seu corpo docente, direção e coordenação do CEFPEPS que me deram a oportunidade de desbravar novos horizontes;

A minha Orientadora Profa Dra Selme Silqueira de Matos por seus ensinamentos, sua paciência e dedicação;

A População em Situação de Rua, por nos ensinar através de seu exemplo de resiliência e superação e por nos fazer crer que através da educação é possível mudar e construir novos cenários.

NÃO SOMOS LIXO

Não somos lixo.

Não somos lixo e nem bicho.

Somos humanos.

Se na rua estamos é porque nos desencontramos.

Não somos bicho e nem lixo. Nós somos anjos, não somos o mal.

Nós somos arcanjos no juízo final.

Nós pensamos e agimos, calamos e gritamos.

Ouvimos o silêncio cortante dos que afirmam serem santos.

Não somos lixo.

Será que temos alegria? Às vezes sim...

Temos com certeza o pranto, a embriaguez,

A lucidez dos sonhos da filosofia.

Não somos profanos, somos humanos.

Somos filósofos que escrevem Suas memórias nos universos diversos urbanos.

A selva capitalista joga seus chacais sobre nós.

Não somos bicho nem lixo, temos voz.

Por dentro da caótica selva, somos vistos como fantasmas.

Existem aqueles que se assustam.

Não somos mortos, estamos vivos.

Andamos em labirintos. Depende de nossos instintos.

Somos humanos nas ruas, não somos lixo.

(Carlos Eduardo “Cadu”, Morador de rua em Salvador).

Lista de siglas e abreviaturas

CEABSF – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

CEFPEPS – Curso de Especialização em Formação Pedagógica para Profissionais da Saúde

CNDDH – Centro Nacional de Defesa dos Direitos Humanos da População em Situação de Rua e dos Catadores de Materiais Recicláveis

EEUFMG – Escola de Enfermagem Universidade Federal de Minas Gerais

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG's – Organizações não governamentais

PES – Práticas educativas em saúde

PSR – População em Situação de Rua

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SMAAS – Secretaria Municipal de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

Lista de quadros

| | |
|---|----|
| QUADRO 1 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional..... | 31 |
| QUADRO 2 – Proposta de operações para resolução dos “nós críticos”..... | 34 |
| QUADRO 3 – Identificação dos recursos críticos..... | 36 |
| QUADRO 4 – Análise da viabilidade do plano. | 37 |
| QUADRO 5 – Plano de gestão | 38 |

Lista de ilustrações

| | |
|--|----|
| ESQUEMA 1 – Círculo de Cultura de Paulo Freire | 16 |
| ESQUEMA 2 – Cenário da População em Situação de Rua..... | 33 |

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo geral propor um projeto de intervenção para a implementação de práticas educativas em saúde como estratégia na redução de danos e promoção à saúde da população em situação de rua. Para tal, fez-se revisão de literatura com busca de informações em periódicos na Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados do SciELO, LILACS, MEDLINE e do BDNF, com os descritores: população em situação de rua, educação em saúde, promoção da saúde e prática educativa em saúde. Também foram pesquisados Programas do Ministério da Saúde e da Educação e textos dos módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) e do Módulo7 (sete) do CEFPEPS-EEUFMG. Espera-se com esse projeto de intervenção contribuir para a ampliação da consciência e do exercício da cidadania da população em situação de rua; incentivar a promoção de práticas que gerem uma assistência à saúde mais humanizada, integral e equânime e estabelecer parcerias que confirmem a esses segmentos populacionais parte da responsabilidade na gestão das políticas de saúde, fortalecendo o controle social.

ABSTRACT

The present study had as general objective to propose a project for the implementation of educational practices in health as a harm reduction strategy and promoting the health of the population in street situation. To do so, literature review with searching for information in journals in the Virtual Health Library, in the databases of BDENF, LILACS, MEDLINE and SciELO, with the descriptors: population, health education, health promotion and health education practice. Were also surveyed Programs of the Ministry of health and education and texts of the modules of the specialization course in basic care in family health (CEABSF) and 7 (seven) mod CEFPEPS-EEUFMG. It is hoped with this intervention project is to contribute to the expansion of consciousness and the exercise of citizenship of the street population; encourage the promotion of practices that creat a more humanized health assistance, integral and fair and establish partnerships that give these population segments part of responsibility in the management of health policies, strengthening social control.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 13 |
| 3 OBJETIVO GERAL | 15 |
| 3.1 <i>Objetivos específicos</i> | 15 |
| 4 METODOLOGIA | 16 |
| 5 REVISÃO TEÓRICA | 18 |
| 5.1 <i>Práticas Educativas em Saúde</i> | 18 |
| 5.2 <i>O Cenário social da população em situação de rua</i> | 19 |
| 5.3 <i>A saúde da população em situação de rua</i> | 21 |
| 5.4 <i>Estratégias de saúde voltadas para a população em situação de rua</i> | 23 |
| 6 PLANO DE INTERVENÇÃO | 27 |
| 6.1 <i>Cenário da Prática Educativa</i> | 27 |
| 6.2 <i>Caracterização dos sujeitos da intervenção</i> | 28 |
| 6.3 <i>Procedimentos da intervenção</i> | 29 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 40 |
| REFERÊNCIAS | 41 |

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento capitalista e as transformações sociais advindas da globalização têm gerado segmentos populacionais que, sem conseguir acompanhar as mudanças do perfil de emprego e da sociedade, sofrem os efeitos da exclusão social (ROSA, 2005). Nesse cenário, destaca-se População em Situação de Rua (PSR) que é definida, pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 como “grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares fragilizados ou rompidos e a inexistência de moradia convencional regular” (BRASIL, 2009).

Estabelecendo-se como um elemento caracteristicamente urbano, que perpassa pela história das comunidades, a situação da população em situação de rua apresenta no mundo contemporâneo características muito distintas que estão voltadas à profunda desigualdade e exclusão social. Rosa (2005) reitera que falar da população em situação de rua no Brasil, hoje é falar também de atraso histórico, descaso, ineficiência e até mesmo de ausência de políticas públicas e de direitos de setores empobrecidos e oprimidos da sociedade brasileira.

Estima-se que o Brasil possui um contingente de 50 mil pessoas em situação de rua. Esta é uma referência baseada na Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua realizada pelo Ministério de Desenvolvimento Social entre 2007 e 2008, na qual foram pesquisados 71 municípios com mais de 300 mil habitantes. É importante ressaltar que esta população ainda não é incluída no Censo Demográfico Nacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

De acordo com Mendes e Silveira (2005) a ausência de perspectiva de um emprego estável e o desemprego são ameaças constantes de destruição da identidade e podem culminar com o desgaste e adoecimento deste sujeito, tendo repercussão direta no seu modo de viver e nas suas condições de vida.

Na situação extrema de “rualização” esse modo de viver será formado por fatores e restrições ambientais, organizacionais, políticas, morais, entre outros, que instauram e moldam rotinas, sob o imperativo da sobrevivência. Sob esta perspectiva, torna-se importante discorrer sobre as condições de vida às quais essas pessoas estão submetidas, qual o impacto das mesmas sob a saúde desta população e quais os fatores podem ser favoráveis à promoção à saúde da PSR.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela importância da educação em saúde, informação e aconselhamento como elementos necessários à redução de danos à saúde, principalmente no que concerne às populações vulneráveis.

A Portaria 3.305 de 24 de dezembro de 2009, elaborada pelo Ministério da Saúde, instituiu o Comitê Técnico de Saúde para a população em situação de rua, com o propósito de garantir o acesso da PSR às ações de saúde, através de diversas estratégias. Dentre as várias considerações que justificam a elaboração da portaria 3.305 estão: o reduzido número de ações e atividades voltadas à saúde desta população, e a escassez de produção prática e teórica em centros de produção acadêmica, instituições e organizações da sociedade civil.

A pessoa em situação de rua como qualquer outro cidadão possui o pleno direito de acessar o serviço de saúde e ser tratada de forma integral e humanizada conforme institui a Constituição Federal Brasileira (1988). Os profissionais de saúde possuem um papel fundamental nesta perspectiva, e conforme a afirmação de Canônico e colaboradores (2007) para descobrir as reais necessidades da pessoa que mora na rua é preciso conhecer sua história, suas adversidades e atentar-se para suas queixas. “Ainda é necessária maior sensibilização não apenas dos profissionais de saúde, mas de toda a sociedade civil no intuito de compreender a população em situação de rua” (CANÔNICO ET AL., 2007).

Um dos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) refere-se à equidade. A inclusão deste princípio na formulação das políticas de saúde representa um avanço em sua dimensão organizacional, considerando a que assistência à saúde deve ser prestada em nível individual e coletivo.

Diante da alta vulnerabilidade da PSR, do “risco social” e conseqüente exposição à diversos fatores que podem comprometer a saúde e bem-estar destes indivíduos, nota-se a importância de promover a prática da educação em saúde direcionada a este público. Estudos reforçam que atividades educativas com grupos são um importante dispositivo de promoção da saúde e como alternativa para as práticas assistenciais. É ainda um campo fértil para a atuação dos profissionais de Saúde.

De acordo com estudiosos sobre o assunto, ao se priorizar o chamado “risco social” como potencialmente gerador de conflitos, é preciso criar um envolvimento institucional em rede dentro de um processo de aprendizado permanente que valorize e

implemente ações e estratégias de proteção, cuidado e auto-cuidado, possibilitando mudanças de comportamento e atitude frente à situações de vulnerabilidade.

3 OBJETIVO GERAL

- Propor um projeto de intervenção para a implementação de práticas educativas em saúde como estratégia na redução de danos e promoção à saúde da população em situação de rua.

3.1 Objetivos específicos

- Contribuir para a ampliação da consciência e do exercício da cidadania da população em situação de rua;
- Incentivar a promoção de práticas que gerem uma assistência à saúde mais humanizada, integral e equânime;
- Estabelecer parcerias que confirmam a esses segmentos populacionais parte da responsabilidade na gestão das políticas de saúde, fortalecendo o controle social.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração desse projeto, inicialmente, é importante elucidar sobre o conceito de práticas educativas em saúde (PES) abordado por Bagnato e Renovato (2006). A concepção de Práticas Educativas em Saúde considera que essas práticas “podem envolver trabalhos junto a famílias, grupos, usuários dos serviços de saúde; educação continuada/permanente dos trabalhadores da área de saúde, assim como a educação inicial nos cursos de nível médio e superior e cursos de pós-graduação” (BAGNATO; RENOVATO, 2006, p.96).

Propõe-se dessa forma, a realização de um projeto de intervenção que vise a implementação de práticas educativas articuladas com o referencial teórico de Paulo Freire. Constitui-se de três momentos: Investigação temática e levantamento dos temas geradores; Codificação e decodificação; Desvelamento crítico ou Problematização, que serão abordados através de um “Círculo de Cultura”, ilustrado no esquema a seguir:

ESQUEMA 1 – Círculo de Cultura de Paulo Freire.



Fonte: Elaborado pelo autor.

O Círculo de Cultura é um termo criado por Freire, representado por um espaço dinâmico de aprendizagem e troca de conhecimentos. Os sujeitos se reúnem no processo

de educação para investigar temas de interesse do próprio grupo. Apresenta-se uma situação-problema real, que leva à reflexão da própria realidade, para, na sequência, decodificá-la e reconhecê-la.

Na etapa da Investigação temática, os temas geradores serão extraídos da experiência e vivência dos participantes. É a descoberta do universo vocabular, palavras ou temas extraídos do cotidiano das pessoas participantes nos círculos de cultura. Na Codificação e decodificação, os temas geradores são problematizados e contextualizados por meio do diálogo para uma visão crítica. O Desvelamento Crítico ou Problematização é a tomada de consciência da situação existencial quando se descobre os limites e as possibilidades; ocorre o processo de ação-reflexão-ação para a superação das contradições da realidade vivida. O Itinerário de Pesquisa de Freire valoriza as fontes culturais e históricas dos indivíduos, que podem ser desveladas nos Círculos de Cultura.

No círculo de cultura, a rigor, não se ensina, aprende-se em “reciprocidade de consciências”; não há professor, há um coordenador, que tem por função dar as informações solicitadas pelos respectivos participantes e propiciar condições favoráveis à dinâmica do grupo, reduzindo ao mínimo sua intervenção direta no curso do diálogo (FIORI, 1957).

Realizou-se uma revisão de literatura com busca de informações em periódicos na Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados do SciELO, LILACS, MEDLINE e do BDENF, com os descritores: população em situação de rua, educação em saúde, promoção da saúde e prática educativa em saúde. Também foram pesquisados Programas do Ministério da Saúde e da Educação e textos dos módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) e do Módulo7 (sete) do CEFPEPS-EEUFMG.

5 REVISÃO TEÓRICA

5.1 Práticas Educativas em Saúde

Atualmente, as propostas para a educação em saúde são fundamentadas em conceitos que proclamam a autonomia do sujeito, sua participação e autonomia como protagonista de suas próprias escolhas. A possibilidade de se aplicar métodos, táticas e estratégias para estimular o auto-governo, o gerenciamento de si e o auto cuidado predominam nas articulações entre a educação em saúde e a promoção em saúde. A educação se constitui como um processo de construção, intercedida pelas experiências, por valores, atitudes, conhecimentos e práticas, considerando o ser humano como sujeito histórico com capacidade de intervenção na própria realidade (BAGNATO ET AL., 2009).

Para muitos teóricos, a educação em saúde é um dos percursos pelo qual o ser humano pode exercitar sua cidadania, alcançar sua plenitude, principalmente em um mundo em que a saúde e a qualidade de vida alcançaram papel relevante na constituição do "*self*". O papel da educação em saúde alicerçado sob a hegemonia da biomedicina traz consigo ainda a ideia de emancipação da humanidade. Assim, os sujeitos ou seres humanos são carentes de conhecimento, e, portanto, o papel do educador em saúde é transformá-los em cidadãos esclarecidos, senhores de seu próprio corpo e saúde, sob contínua vigilância e autocuidado (BAGNATO ET AL., 2009, p. 655).

Morosini, Fonseca e Pereira (2015) discorrem que a educação parte da análise das realidades sociais, buscando revelar as suas características e os fatores que as condicionam e determinam. A compreensão do processo saúde- doença como expressão das condições objetivas de vida como “habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1988) evidenciam a saúde e a doença como produções sociais, passíveis de ação e transformação, apontando para um plano coletivo e não somente individual de intervenção. “E afirma-se a educação em saúde como prática na qual existe a participação ativa da comunidade, que proporciona informação, educação sanitária e aperfeiçoa as atitudes indispensáveis para a vida” (BRASIL, 2007).

Na interface da educação e da saúde, constituída com base no pensamento crítico sobre a realidade, torna-se possível pensar educação em saúde como formas do homem reunir e dispor recursos para intervir e transformar as condições objetivas, visando a

alcançar a saúde como um direito socialmente conquistado, a partir da atuação individual e coletiva de sujeitos político-sociais.

Figueiredo e outros (2006) afirmam que as práticas educativas em saúde não requerem apenas a capacitação para as práticas do (auto) cuidado, mas o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes positivas a partir do trabalho crítico-reflexivo dos direitos e deveres próprios da cidadania que leva os sujeitos a uma conscientização e reflexão e possibilita mudança de comportamento.

Neste aspecto, é válido ressaltar o pensamento de Paulo Freire em sua “Teologia da Libertação”, que busca fazer com que pobres, negros, índios, e demais categorias sociais consideradas como subalternas pudessem surgir no cenário social como sujeitos da história. Ser sujeito para a teoria freireana é ser sujeito de conhecimento e pensamento.

Freire empreende um processo educativo, cultural e político para que o educando, aquele que foi excluído e que por isso não teve condições de reconhecer o valor da própria vida, torne-se sujeito da própria prática, do seu próprio reconhecimento, reconhecendo-se pelo olhar dos outros que, na comunidade de oprimidos como ele, puseram-se a caminho de superar sua condição de dominados, assumindo-se como capazes de transformar as condições que negavam sua humanidade (CASALI; 2008 , p. 12).

5.2 O Cenário social da população em situação de rua

A globalização e o avanço tecnológico têm alcançado as diferentes sociedades contemporâneas, gerando conseqüências negativas, configuradas na reprodução de desigualdades sociais e na falta de garantias sociais para grande parcela da população. Neste início do século, constata-se que a civilização, ao longo dos anos, não foi capaz de constituir um pacto que trouxesse melhorias sociais. A desigual distribuição de bens sociais, a discriminação, o desrespeito às diferenças, a incerteza, a involução de valores não são anomalias, mas constituintes do pensamento globalizado e do processo econômico em curso (COSTA, 2005).

Desde a criação das cidades, com o advento da industrialização, começa a surgir no cenário das grandes metrópoles discrepâncias sociais que tem como consequência o surgimento de pessoas em precárias condições de vida, excluídas do mercado de trabalho e que encontram nas ruas o mínimo para subsistirem. De acordo com Costa (2005), essas pessoas foram atingidas em algum momento de suas vidas, seja pela perda

do emprego, seja pelo rompimento de algum laço afetivo, fazendo com que aos poucos fossem perdendo a perspectiva de projeto de vida, passando a utilizar o espaço da rua como sobrevivência e moradia.

Fenômeno crescentemente presente nas grandes cidades de todo o mundo, os moradores de rua são também encontrados no meio urbano brasileiro. A reação do poder público é variada: vai da omissão à repressão, passando por episódios de caridade. Não há, na prática como impedir um sem-casa de estar nas ruas, pode não ser permitido permanecer em determinado local, mas em algum lugar se instalará, mesmo que provisoriamente. (BURSZTYN, 2003, p.20).

Em países abastados, conforme elucidação de Bursztyn (2003), os desempregados desprovidos de recursos necessários à sobrevivência possuem benefícios sociais que os protegem dos riscos de caírem na miséria, pois possuem acesso à alimentação, saúde, formação profissional e abrigo. Já os desempregados crônicos de países em desenvolvimento, que nunca foram beneficiários de políticas de proteção sociais amplas e universalizadas, são empurrados da pobreza para a miséria e, a partir disso, acabam sendo objeto do estigma da “desnecessidade”. Nessa categoria, se enquadram diversos tipos de atores sociais, dentre eles a população em situação de rua.

Rosa (2005) afirma que a rua pode ter pelo menos dois sentidos: o de ser um abrigo para os que sem recurso, dormem circunstancialmente sob marquises, viadutos e praças ou pode constituir-se um modo de vida para os que já têm na rua o seu habitat, estabelecendo com ela uma complexa rede de relações.

Silva (2006) comenta sobre os fatores que conduzem à situação de rua, sendo estes os fatores estruturais (ausência de moradia, inexistência de trabalho e renda, mudanças institucionais de forte impacto social) além dos fatores biográficos que estão ligados a história de vida de cada indivíduo.

Pessoas em situação de rua vivenciam diversos tipos de dificuldades que podem estar relacionadas ao desabrigo, ao desconforto ocasionado pelas intempéries, à insalubridade, à insegurança pela exposição às situações de violência, à fome, ao desemprego. Valencio e colaboradores (2008) ressaltam que a mais evidente destas dificuldades é a territorialização precária e consequente vulnerabilidade locacional.

A precária territorialização – sob viadutos, marquises, praças e afins – gera más impressões a respeito do indivíduo e do grupo assim fixado, e sua

aparência suscita comentários desairosos acerca de seu caráter podendo, então, agravar sua percepção de vínculos significativos com o mundo social, passando, daí, para manobras defensivas, como a embriaguez. (VALENCIO et al., 2008, p.569).

Além das adversidades causadas pela pobreza e pelos vínculos familiares fragilizados, a população em situação de rua sofre o chamado processo de desfiliação social ocasionado pela ausência de trabalho assalariado e das proteções derivadas ou dependentes dessa forma de trabalho.

O indivíduo ao não cumprir o compromisso social nas relações de trabalho, é excluído pela sociedade, sendo marginalizado com a perda de seus direitos sociais e reduzido a uma pessoa estragada e diminuída, reclassificado em outra categoria social: o vagabundo, o preguiçoso, bêbado, sujo, perigoso, coitado, mendigo, pedinte, entre outros termos, nascendo o estigma, que para Goffman, citado por Valencio e colaboradores (2008), é um termo que designa um atributo profundamente depreciativo, com um tipo especial de relação entre um atributo e um estereótipo.

5.3 A saúde da população em situação de rua

No ano de 2008, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome em parceria com outras entidades sociais elaboraram a Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua, com o objetivo de quantificar e caracterizar essa população, de modo a orientar a elaboração e implementação de políticas públicas direcionadas a este público.

Foram identificadas 31.922 pessoas em situação de rua nos 71 municípios pesquisados vivendo em calçadas, praças, rodovias, parques, viadutos, postos de gasolina, praias, barcos, túneis, depósitos e prédios abandonados, becos, lixões, ferrovelho ou pernoitando em instituições (albergues, abrigos, casas de passagem e de apoio e igrejas) (BRASIL, 2008).

Este resultado revela um número significativo de cidadãos brasileiros que vivem às margens das ruas de todo o país em condições subumanas, passando por diversos tipos de privações, isentos de qualidade de vida e distantes do acesso aos serviços de saúde. Para reforçar este conceito, a pesquisa nacional sobre a população em situação de rua aponta dados relevantes que caracterizam as condições de saúde da referida

população: 29,7% dos entrevistados afirmaram ter algum problema de saúde; entre os problemas de saúde mais citados destacam-se: hipertensão (10,1%), problema psiquiátrico/mental (6,1%), HIV/Aids (5,1%) e problemas de visão/cegueira (4,6%). Dos entrevistados, 18,7% fazem uso de algum medicamento. Quando doentes 43,8% dos entrevistados procuram em primeiro lugar o hospital/ emergência. Em segundo lugar, 27,4% procuram o centro de saúde. Além disso, 18,4% dos entrevistados relatam experiências de impedimentos em receber atendimento na rede de saúde. (BRASIL, 2008).

Dados coletados pelo 2º censo da população de rua de Belo Horizonte (2006) apontam que são vários os problemas de saúde encontrados por eles, que são desde os transtornos mentais, o consumo de drogas e álcool, às deficiências físicas causados por doenças infecto-contagiosas e complicações envolvendo causas externas (violência). (BRASIL, 2006).

Além de todas as condições desfavoráveis encontradas pela população em situação de rua, não se pode deixar de citar as adversidades causadas pelos fenômenos climáticos, como a chuva, que intensifica ainda mais sua conflituosa inserção no território. A precipitação das águas no tecido urbano revela vulnerabilidades adicionais para aqueles que vivem uma territorialidade precária. (VALENCIO et al., 2008).

[...] em dias chuvosos, o morador se vê obrigado então a perambular, molhando a si e aos seus escassos pertences, agravando o seu estado de saúde, no geral, debilitado. Pontes próximas a rios e córregos e canais são lugares freqüentes de abrigo e enxurradas podem carrear essas pessoas sem que as autoridades locais se dêem conta da ocorrência e a notifiquem (VALENCIO, 2008, p.47).

Botti e colaboradores (2010) num estudo transversal realizado com homens adultos em situação de rua no município de Belo Horizonte, constataram alta prevalência de depressão entre os mesmos, sendo o grau de severidade dos sintomas depressivos relacionados à faixa etária, tempo de moradia na rua, local onde dorme, relato de problema de saúde e uso de medicamento. Neste estudo, o rastreamento para depressão detectou prevalência de 56,3%, taxa bastante elevada, revelando a fragilização da saúde dos homens moradores em situação de rua de Belo Horizonte.

Assim, a desesperança pode propiciar o estabelecimento de estados depressivos, ansiedade e redução drástica da autoestima, características e condições inerentes à situação de rua, isto é, a população que sofre com a

exclusão da sociedade, pois são indivíduos que em seu dia a dia suportam a desigualdade social (BOTTI et al., 2010, p.14).

Outro aspecto relevante para ser explanado é sobre o envelhecimento. A população de uma maneira geral tem passado por este processo, e os moradores em situação de rua também têm acompanhado esta tendência:

Se até alguns anos atrás, as crianças eram um importante foco das políticas públicas, a tendência é que, cada vez mais, serão encontrados os “idosos” de rua, apresentando novas necessidades e, muito provavelmente, demandando políticas sociais específicas (FERREIRA, 2010).

A reflexão sobre as condições de saúde e necessidades da PSR é imprescindível para a análise das políticas e ações de saúde voltadas para esta população. Com o propósito de abranger esta temática, o tópico a seguir identifica as principais políticas sociais e de saúde para a PSR.

5.4 Estratégias de saúde voltadas para a população em situação de rua

Antes de abordar a questão das ações de saúde direcionadas para a população em situação de rua, é importante citar alguns programas e políticas públicas que se colocados em prática podem colaborar na melhoria da qualidade de vida da PSR. Uma destas é a Política Nacional de Assistência Social e a Política Nacional de Defesa Civil, além do Programa Nacional de Direitos Humanos, que “incorpora ações específicas no campo da garantia do direito à educação, à saúde, à previdência e assistência social, ao trabalho, à moradia, a um meio ambiente saudável, à alimentação, à cultura e ao lazer” (BRASIL, 2002).

Conforme citado anteriormente, a Constituição Federal Brasileira, em seu artigo 196 estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). É possível perceber que, teoricamente, não

faltam políticas públicas que respaldem o acesso de todos os cidadãos (dentre estes a pessoa em situação de rua) aos recursos que garantam o direito à cidadania e à qualidade de vida.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1988):

Para superar as desigualdades entre as pessoas em desvantagem social e educacional e as mais abastadas, requer-se políticas que busquem incrementar o acesso daquelas pessoas a bens e serviços promotores de saúde, e criar ambientes favoráveis. Tal política deveria estabelecer alta prioridade aos grupos mais desprivilegiados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, DECLARAÇÃO DE ADELAIDE, 1988).

Para garantir que as políticas sejam colocadas em prática, é necessário investimento de recursos financeiros, e concernente às ações de saúde é importante citar a Emenda Constitucional nº 29. Com a tramitação para a aprovação da EC-29, de 13 de setembro de 2000, foram estabelecidas as regras para a progressiva provisão de recursos às ações e serviços públicos de saúde. A EC-29 determina a vinculação e estabelece a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os Estados, Distrito Federal e municípios seriam obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde (CAMPELLI; CALVO, 2007).

Em 2008, foi elaborada a Política Nacional para Inclusão Social da pessoa em situação de rua (BRASIL, 2008). Esta política apresenta ações estratégicas para possibilitar a reintegração destas pessoas às suas redes familiares e comunitárias, e o acesso pleno aos direitos garantidos aos cidadãos brasileiros. Dentre estas ações de reintegração não poderia faltar as ações da saúde, conforme preconiza a Política:

1. Garantia da atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua e adequação das ações e serviços existentes, assegurando a equidade e o acesso universal no âmbito do Sistema Único de Saúde, com dispositivos de cuidados interdisciplinares e multiprofissionais;
2. Fortalecimento das ações de promoção à saúde, a atenção básica, com ênfase no Programa Saúde da Família sem Domicílio, incluindo prevenção e tratamento de doenças com alta incidência junto a essa população, como doenças sexualmente transmissíveis/AIDS, tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial, problemas dermatológicos, entre outras;
3. Fortalecimento das ações de atenção à saúde mental das pessoas em situação de rua, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, facilitando a localização e o acesso aos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS I,II, III e AD);
4. Instituição de instâncias de organização da atenção à saúde para a população em situação de rua nas três esferas do SUS;

5. Inclusão no processo de educação permanente em saúde dos gestores e trabalhadores de saúde, destacando-se as equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), agentes comunitários de saúde e operadores do Sistema Nacional de Ouvidoria, dos conteúdos relacionados às necessidades, demandas e especificidades da população em situação de rua;
6. Divulgação do canal de escuta do usuário: Sistema Nacional de Ouvidoria, Disque- Saúde (0800611997), junto à população em situação de rua, bem como das demais instâncias de participação social;
7. Apoio às iniciativas de ações intersetoriais que viabilizem a instituição e manutenção de Casas de Apoio ou similares voltadas para pessoas em situação de rua, em caso de alta hospitalar, para assegurar a continuidade do tratamento;
8. Incentivo a produção de conhecimento sobre a temática saúde desta população e aos mecanismos de informação e comunicação;
9. Apoio à participação nas instâncias de controle social do SUS e ao processo de mobilização junto aos movimentos sociais representantes dessa população;
10. Na seleção de agentes comunitários de saúde, considerar como um dos critérios a participação de moradores de rua e ex-moradores de rua. (BRASIL, 2008).

O Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009, instituiu o Comitê Técnico de Saúde para a população em situação de rua. O comitê possui a participação de vários órgãos ligados saúde, incluindo a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), a Pastoral Nacional da População de Rua e a Organização Médicos Sem Fronteiras. Uma das atribuições deste comitê dentre várias, descritas no artigo 2º da portaria 3.305 é recomendar ações que garantam o acesso à atenção à saúde pela população em situação de rua aos serviços do SUS, elaborando e pactuando propostas de intervenção conjunta nas diversas instâncias e órgãos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009).

Estas informações mostram que diversas propostas têm sido geradas a fim de mudar o cenário no qual a população em situação de rua está inserida, e estas podem resultar na implantação de medidas promissoras e eficazes. Segundo Costa (2010, p.2) “a saída da rua passa pela criação e ampliação de programas articulados de moradia, trabalho e saúde e um eficiente sistema de acompanhamento”.

A implementação das propostas assinaladas pelos programas e políticas públicas discutidos neste tópico constitui um desafio para toda a sociedade brasileira, tanto para os gestores governamentais quanto para a sociedade civil, devendo as mesmas serem

detalhadas em programas, planos e projetos dos Ministérios e órgãos, contendo estratégias e mecanismos de operacionalização (BRASIL, 2008).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Cenário da Prática Educativa

O cenário destinado à prática do projeto foi previamente selecionado pela facilidade de acesso aos participantes e por se tratar de equipamentos sociais muito utilizados pela População em Situação de Rua. O equipamento selecionado para a prática será um Serviço de Acolhimento Institucional para a família ou pessoa, localizado no município de Belo Horizonte. Este é um dos serviços da proteção social especial de alta complexidade, previsto no SUAS – Sistema Único de Assistência Social - de base municipal, para acolhimento de pessoas ou famílias em situação de rua e desabrigo por abandono, migração e ausência de residência ou pessoas em trânsito e sem condição de auto sustento. Tem caráter provisório e excepcional, oferece proteção integral ofertando abrigo, higiene pessoal, alimentação, atividades socializantes, estudo de caso com encaminhamentos às demais políticas sociais. Tem como objetivo central a reintegração das famílias e a inserção na rede de capacitação, trabalho e renda (PORTAL PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2015).

O Albergue Municipal Tia Branca, localizado na Rua Conselheiro Rocha, nº 351, Bairro Floresta possui capacidade para 400 pessoas, recebe homens acima de 18 anos que vivem nas ruas e tem à disposição 320 vagas. As outras 80 vagas são destinadas para os migrantes, pessoas que chegaram à capital num período de dois meses, por variados motivos, como em busca de emprego, e que se encontra em situação de risco social. O Serviço de Acolhimento recebe a demanda espontânea ou encaminhamentos das equipes da prefeitura que fazem abordagens nas ruas. Há uma equipe técnica multidisciplinar, formada por psicólogos, assistentes sociais e pedagogos, sendo um técnico para cada 50 usuários. O abrigo fica num prédio cedido pela Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e é administrado em parceria entre a prefeitura e a Associação Espírita O Consolador.

No local, as pessoas em situação de rua tomam banho, jantam, dormem e tomam café da manhã no dia seguinte. Também é oferecida a possibilidade para efetuarem um cadastro, que dá acesso ao almoço gratuito em um dos Restaurantes Populares da cidade, além do atendimento socioassistencial.

6.2 Caracterização dos sujeitos da intervenção

É notório que a População em Situação de Rua possui diversas peculiaridades e diferentes formas de adoecer, e isto está relacionado à múltiplos fatores, inclusive ao gênero. Dados coletados pela Pesquisa Nacional sobre a PSR no ano de 2008, afirmam ser a PSR predominantemente masculina, o que repercute diretamente nas demandas de saúde que se diferenciam de acordo com o gênero.

Diversos estudos comparativos, entre homens e mulheres, comprovam que os homens são mais vulneráveis às doenças, principalmente às enfermidades graves e crônicas, e que vão a óbito mais precocemente que as mulheres. Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica à saúde. (BRASIL, 2009).

De acordo com a coordenação do Albergue Municipal Tia Branca, no que concerne à assistência à saúde de seus usuários, há uma evolução. A referência de atendimento à saúde aos usuários do Abrigo é o Centro de Saúde Carlos Chagas. Os problemas de saúde de maior frequência são tuberculose e sofrimento mental. Segundo a coordenação, quando um dos usuários do albergue tem um surto psicótico eles acionam o SAMU, que na maioria das vezes não prestam um atendimento muito amistoso a esta população. No entanto, tal situação tem melhorado.

A equipe de saúde para a PSR do Centro de Saúde Carlos Chagas eventualmente faz algumas visitas aos usuários do albergue, confere cartão de vacinação, entre outros. Há uma parceria entre o Albergue e o Centro de Saúde, porém faltam algumas medidas de educação em saúde. Segundo a coordenação do Albergue, uma ONG fazia um trabalho sobre orientação e uso do preservativo, porém não existe continuidade deste trabalho.

Para uso do Albergue é exigido o contato com o C.S Carlos Chagas, onde o usuário deve apresentar um cartão que comprove que foi atendido na unidade. Esta exigência é ainda maior quando se trata de usuário com TBC. Ele deve comprovar que está realizando o tratamento, para não colocar em risco a saúde dos demais usuários.

Os sujeitos selecionados para a participação do projeto serão usuários do Albergue Municipal Tia Branca que compreendam a proposta e queiram participar da prática educativa. Serão incluídos os sujeitos maiores de 18 anos, do sexo masculino, que estejam presentes no local. Serão excluídos do projeto os sujeitos que não queiram

participar voluntariamente da proposta. O limite de participantes é de 50 indivíduos para cada círculo de Cultura.

6.3 Procedimentos da intervenção

Serão realizados encontros quinzenais no período de 12 meses, totalizando 24 Círculos de Cultura. No primeiro mês, serão identificados os temas geradores e as principais demandas do grupo. Participarão dos Círculos de Cultura além dos usuários do Albergue, líderes dos Movimentos Sociais da PSR, como a Pastoral de Rua, Movimento Nacional da População de Rua/MG, entre outros. Num primeiro momento, os participantes serão convidados a conhecer a proposta da prática. Será realizado previamente um levantamento para identificar quais são os principais assuntos relacionados à saúde que os participantes desejam colocar em pauta (Investigação Temática).

Em seguida, na Codificação e decodificação, os temas geradores são problematizados e contextualizados por meio do diálogo para uma visão crítica.

Pretende-se realizar parcerias com as Equipes de Saúde responsáveis pela PSR daquela região, o que inclui o Centro de Saúde Carlos Chagas, com seus respectivos Núcleos de Apoio, a Equipe de Consultório de Rua, e profissionais de Saúde que estejam dispostos ao voluntariado neste projeto. O trabalho com a PSR terá foco multidisciplinar, o que envolverá diversas categorias profissionais como enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, odontologistas. Esses profissionais serão convocados através de parcerias com Universidades, ONG's e com a Secretaria Municipal de Saúde. Nos círculos de cultura, haverá apenas um facilitador.

Após os círculos de cultura, serão realizadas ações em saúde, com foco multidisciplinar, tais como aferição da pressão arterial, pesagem, avaliação clínica, orientações e intervenções em saúde conforme a demanda dos participantes.

No trabalho com a PSR, a intersetorialidade é um requisito importante. Desta forma, pretende-se aliar o maior número possível de atores sociais e de instituições governamentais e não governamentais, através do estabelecimento de parcerias. Através do diálogo e reuniões entre os principais gestores envolvidos no processo será possível essa articulação, motivada pela apresentação deste projeto de intervenção. Importante ressaltar que esta proposta é apenas um ensaio, tendo em vista a dimensão das

necessidades da PSR. O trabalho de educação em saúde desta população deve ser contínuo, de preferência com a construção do vínculo entre o profissional de saúde e o educando. Além disso, o monitoramento contínuo e avaliação dos resultados são de extrema relevância para o melhoramento das intervenções e alcance dos objetivos.

Este plano de ação seguiu os dez passos para elaboração de um plano de ação descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), e do Módulo 7 do CEFPEPS-EEUFMG (2014) a seguir:

Primeiro passo: definição dos problemas

Diversos problemas foram detectados através do diagnóstico situacional, a seguir:

- Espaço físico restrito em relação à demanda de usuários que necessitam do acolhimento institucional;
- Quantidade de vagas insuficiente tendo em vista à demanda de usuários que necessita do serviço;
- Ausência de atividades educativas voltada para as necessidades da PSR;
- Ausência de maior integração entre o Centro de Saúde e o Serviço de Acolhimento Institucional;
- Escassez de recursos humanos, recursos materiais e recursos administrativos que correspondam às necessidades dos usuários;
- Ausência de políticas emancipatórias que tenham como foco a reintegração desta população à sociedade, ao mercado de trabalho e ao seio familiar.
- Predomínio de políticas assistencialistas;
- Serviço circunscrito basicamente ao atendimento de pernoite, higiene e alimentação;
- Alta exposição à situações de violência;
- Exposição direta às intempéries e aos fenômenos climáticos (chuva, sol, frio, calor);
- Escassez de calçados e vestuário;
- Higienização precária e déficit de auto cuidado;
- Exposição ao etilismo e drogadição;

- Elevada prevalência de tabagismo;
- Alimentação inadequada;
- Ausência de abrigo estável;
- Predomínio de doenças crônicas como hipertensão e diabetes;
- Dificuldade de adesão à tratamento medicamentoso (dificuldade para armazenar e utilizar o medicamento no horário certo);
- Ausência de trabalho formal (exclusão do mercado de trabalho);
- Vínculos familiares fragilizados;
- Altos índices de problemas clínicos como tuberculose, DST's, HIV, problemas nos pés (infecções fúngicas; fissuras; calos; abrasões; Clavus plantares; bicho de pé; celulites e erisipela; pé-de-imersão ou pé-de-trincheira; varicosidades e estase venosa; unhas encravadas e onicomicoses).
- Saúde bucal afetada;
- Pouca vinculação da PSR com o Serviço de Saúde;

Segundo passo: priorização do problema

Os principais problemas detectados no diagnóstico situacional da População em Situação de Rua foram discutidos e colocados em ordem de prioridade no quadro 1 a seguir:

QUADRO 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional

| Classificação | Principais problemas |
|----------------------|---|
| 1 | Ausência de atividades educativas voltadas para as necessidades da PSR |
| 2 | Ausência de políticas emancipatórias que tenham como foco a reintegração desta população à sociedade, ao mercado de trabalho e ao |

| | |
|----------|--|
| | seio familiar |
| 3 | Exposição ao etilismo e drogadição; |
| 4 | Elevada prevalência de tabagismo; |
| 5 | Altos índices de problemas clínicos; |
| 6 | Pouca vinculação da PSR com Serviços de Saúde. |

Terceiro passo: descrição do problema

A exposição a fatores de risco é clamorosa no que concerne à saúde da PSR. As necessidades de saúde destas pessoas estão intrinsecamente relacionadas às condições de vulnerabilidade social vivenciadas pelas mesmas, com foco em demandas eventuais e emergentes.

Quarto passo: explicação do problema

Diante dos problemas relacionados à saúde da PSR, percebe-se num contexto geral, um descaso das políticas públicas em promover mudanças que possam reintegrar estas pessoas à sociedade.

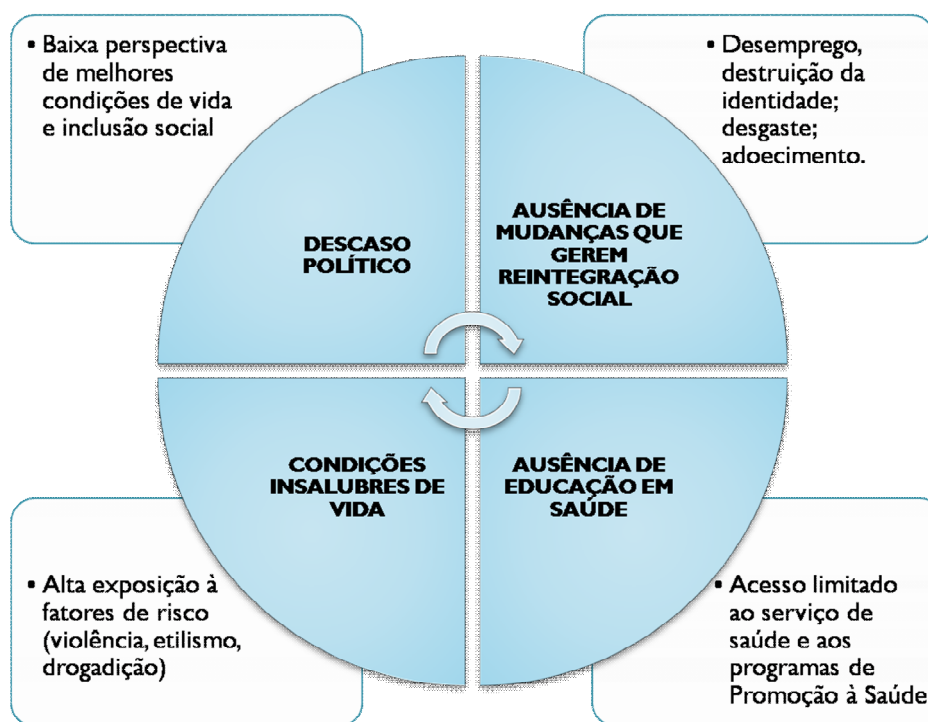
O cenário da população em situação de rua é emergente. Às margens do mercado de trabalho e da sociedade, estas pessoas subsistem sem domicílio, através de tarefas minimamente remuneradas, em condições insalubres de vida, à mercê da violência física, psíquica e moral; além da desestruturação familiar que se retrata através dos vínculos familiares interrompidos ou fragilizados. Muitos pernoitam pelas ruas, debaixo de viadutos e marquises e os poucos que conseguem uma vaga para pernoitar no Albergue lidam com a incerteza de não ter esta vaga garantida todas as noites.

As fragilidades físicas e psíquicas destas pessoas são evidentes. Na tentativa de minimizar os dissabores que a situação de rua provoca em suas vítimas muitos se recorrem ao etilismo e à drogadição, o que deprime a ainda mais o estado geral destes indivíduos.

Percebe-se que a tentativa em promover ações que proporcionem um melhor estado de saúde a estas pessoas são tímidas, tendo em vista o arsenal de legislações que teoricamente garantem a melhoria da saúde e o bem estar desta população.

Em relação ao Albergue, nota-se que a não realização de práticas educativas dentro da Instituição está relacionada não somente à escassez de insumos, mas também ao horário de atendimento aos usuários do Albergue. As equipes de saúde das Unidades Básicas de Saúde possuem atendimento noturno, e neste aspecto, encontram-se mais uma lacuna.

ESQUEMA 2 – Cenário da População em Situação de Rua.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

Foram detectados os seguintes “nós críticos” do problema:

- Descaso político para a melhoria da qualidade de vida da PSR;

- Ausência de ações educativas e culturais dentro do Albergue que proporcionem informação e mudança de comportamento;
- Escassez de insumos essenciais à realização das práticas educativas em saúde;
- Ausência de vínculos e parcerias com instituições governamentais e não governamentais para a prática educativa e a promoção à saúde da PSR.

Sexto passo: proposta de operações para resolução dos “nós críticos”

- Estabelecer parcerias junto às entidades governamentais e não governamentais para garantir os insumos necessários às práticas educativas junto à população em situação de rua;
- Propiciar maior proximidade entre o usuário do Albergue e a Equipe de Saúde responsável pela área de abrangência do Albergue;
- Firmar parcerias que viabilizem e facilitem o trabalho da Equipe de Saúde para a PSR;
- Conscientizar e informar os usuários do Albergue sobre seus direitos como cidadão e incentivá-los à adesão aos movimentos políticos da categoria.

QUADRO 2 – Proposta de operações para resolução dos “nós críticos”.

| Nó crítico | Operação/ Projeto | Resultados esperados | Produtos | Recursos necessários |
|---|--|---|---|---|
| Descaso político para a melhoria da qualidade de vida da PSR | “Projeto inclusão social e cidadania da PSR” | Reintegração social da PSR e garantia dos direitos humanos básicos e essenciais. | Programa de promoção à cidadania, visibilidade e inclusão social da PSR. | <p>Político: Articulação com a gestão municipal e órgãos representativos da PSR do município.</p> <p>Financeiro: investimentos de políticas públicas municipais.</p> <p>Organizacional: Participação direta dos órgãos assistenciais e de apoio à PSR.</p> |
| Ausência de ações educativas e culturais dentro do Albergue que proporcionem informação e mudança de comportamento. | Projeto “Saúde para viver melhor” | <p>Maior sensibilização dos usuários às noções de auto cuidado, higiene e prevenção aos agravos à saúde.</p> <p>Maior adesão aos serviços de saúde.</p> <p>Redução do uso de álcool e</p> | <p>Círculos de cultura com temáticas relacionadas à saúde.</p> <p>Implementação de atividades sócio educativas.</p> | <p>Político: Articulação com o gestor da instituição/ Busca de parceiros e colaboradores.</p> <p>Financeiro: materiais de apoio a aquisição de recursos lúdicos e pedagógicos.</p> <p>Organizacional:</p> |

| | | | | |
|--|--|---------|--|--|
| | | drogas. | | |
|--|--|---------|--|--|

Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos

Sabe-se que a identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das operações constitui atividade fundamental para análise da viabilidade de um plano. Portanto, a equipe deverá ter conhecimento desses recursos para criação de estratégias que possam tornar viáveis os projetos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Seguem os recursos críticos:

QUADRO 3 – Identificação dos recursos críticos.

| Operação/Projeto | Recursos críticos |
|--|--|
| “Projeto inclusão social e cidadania da PSR” | <p>Político: Conscientizar gestor municipal (prefeitura) sobre a importância da inclusão social da PSR.</p> <p>Financeiro: investimentos de políticas públicas municipais de incentivo à cidadania de grupos vulneráveis.</p> <p>Organizacional: Convocação de reuniões com gestores e representantes da PSR.</p> |
| Projeto “Saúde para viver melhor” | <p>Político: articulação com a secretaria de saúde (gestor).</p> <p>Financeiro: Recursos necessários para aquisição de recursos lúdicos e pedagógicos.</p> <p>Organizacional: Recursos humanos para a</p> |

| | |
|--|----------------------|
| | execução do projeto. |
|--|----------------------|

Oitavo passo: análise da viabilidade do plano

Sabe-se que para analisar a viabilidade de um projeto, torna-se necessário realizar a identificação dos recursos, pois, o autor não controla todos esses recursos para atingir os objetivos. São necessários órgãos, parcerias e pessoas para a operacionalização do plano, observando a motivação de cada membro.

QUADRO 4 – Análise da viabilidade do plano.

| Operação/Projeto | Análise da viabilidade do plano |
|--|--|
| Projeto “inclusão social e cidadania da PSR” | <p>Ator que controla: secretaria municipal de saúde, secretaria municipal de assistência social, Centro Nacional de Defesa dos Direitos Humanos da População em Situação de Rua e dos Catadores de Materiais Recicláveis (CNDDH), Coordenação do Serviço de Acolhimento Institucional, lideranças de movimentos representativos da PSR.</p> <p>Motivação:parcialmente favorável.</p> |
| Projeto “Saúde para viver melhor” | <p>Ator que controla: secretaria municipal de saúde, profissionais de Saúde, Centro de Saúde, secretaria municipal de assistência social, coordenação do Serviço de Acolhimento Institucional, lideranças de movimentos representativos da PSR.</p> |

| | |
|--|------------------------------|
| | Motivação: favorável. |
|--|------------------------------|

Nono passo: elaboração do plano operativo

Os produtos esperados são os projetos “inclusão social e cidadania da PSR” e “saúde para viver melhor”.

O plano operativo do “Projeto inclusão social e cidadania da PSR” almeja o aumento da efetividade das ações políticas do município voltadas para a PSR, tendo em vista a inclusão e reinserção social da mesma bem como a mobilização popular em defesa dos direitos humanos da PSR e a construção de políticas públicas eficientes que promovam a reinserção social, a garantia de emprego, saúde, habitação e educação. Previsão para o início em dois meses e término em doze meses.

O projeto “Saúde para viver melhor” pleiteia a realização de um projeto multidisciplinar que incentive a promoção de práticas que gerem uma assistência à saúde mais humanizada, integral e equânime, estabelecendo parcerias com a secretaria municipal de saúde, ONG’s e universidades.

O objetivo é favorecer a ampliação da consciência acerca do auto-cuidado e da adoção de hábitos de vida mais saudáveis de acordo com as peculiaridades da PSR. Pretende-se com a adoção das práticas educativas que serão constituídas por rodas de conversa, círculos de cultura e práticas pedagógicas em saúde. Pretende-se ainda, minimizar os agravos provocados pelo uso de drogas lícitas e ilícitas, incentivando a adoção da prevenção à saúde do homem e maior adesão aos serviços de saúde, principalmente à Atenção Primária, que é a porta de entrada do usuário no sistema. Previsão para o início em dois meses e término em doze meses.

Décimo passo: plano de gestão

O plano de gestão baseia-se na discussão e definição do processo de acompanhamento do plano de gestão e seus respectivos instrumentos.

QUADRO 5 – Plano de gestão.

| Produtos | Justificativa | Responsável | Prazo | Situação atual |
|---|---|---|--------------------------------------|-----------------------|
| Programa de promoção à cidadania, visibilidade e inclusão social da PSR. | Promover a ampliação de políticas públicas que assegurem os direitos da PSR. | Autora do projeto junto às coordenações dos órgãos responsáveis, parceiros e lideranças de entidades não governamentais | 2 meses após a aprovação do projeto. | A ser implantado. |
| Círculos de cultura com temáticas relacionadas à saúde. Implementação de atividades sócio educativas. | Aumentar a efetividade das ações de saúde voltadas à PSR, minimizar agravos à saúde através da educação em saúde. | Autora do projeto junto às coordenações dos órgãos responsáveis, parceiros e lideranças de entidades não governamentais | 2 meses após a aprovação do projeto. | A ser implantado. |

O monitoramento, avaliação e acompanhamento do plano de ação serão realizados através de observação aleatória, onde será desenvolvido um Diário de campo e relatórios mensais pontuando todos os aspectos relevantes ao Projeto. Durante esse acompanhamento, usuários e profissionais serão ouvidos e suas percepções registradas. Serão criados instrumentos de avaliação e o plano de ação será avaliado de uma forma global bimestralmente.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto de intervenção reafirma o importante papel dos profissionais de saúde junto a população em situação de rua e a importância das práticas educativas em saúde com o propósito de promover a saúde e a cidadania deste segmento populacional.

O não reconhecimento dos próprios direitos à saúde e da garantia de acesso livre, igualitário e equânime conforme as diretrizes do SUS influi diretamente na percepção destes sujeitos quanto às ações de saúde, tornando-os invisíveis e somenos importantes dentro do sistema. A forma que o morador em situação de rua é abordado e acolhido dentro dos serviços de saúde influencia diretamente na percepção deste sujeito quanto ao significado de saúde e auto-cuidado. O indivíduo que não reconhece suas necessidades de saúde não reivindica nenhum tipo de mudança e melhoria para sua qualidade de vida.

É urgente a necessidade de investimento na capacitação dos profissionais de saúde subsidiada por práticas educativas para o aumento da efetividade das ações de saúde nas ruas, estimulando a reflexão e a capacidade de análise crítica na busca de soluções aos problemas das pessoas em situação de rua, assim como, a aproximação dos outros profissionais envolvidos na área.

Deve-se enfatizar a necessidade de conscientização dessa população referente ao valor de seu saber e o perfil adequado para o desenvolvimento de cada ação visando um atendimento que melhore a saúde, a qualidade de vida e proporcione um futuro digno de um cidadão.

O fenômeno população em situação de rua é responsabilidade não somente do Estado, mas da sociedade de uma maneira geral, que muito tem a contribuir, não somente com medidas assistencialistas, mas com medidas resolutivas que reintegrem e incluam esta população na sociedade. Órgãos de apoio como organizações não governamentais (ONG's), associações, instituições de ensino e pesquisa, instituições religiosas e a formação de parcerias consolidam a possibilidade de construir um desfecho favorável para esta população, e que esta quiçá deixe de ser PSR e passe a ser população de cidadãos detentores de direitos, e que possuem o suficiente para viver com dignidade e autonomia.

REFERÊNCIAS

BAGNATO, M.H.S.; RENOVATO, R.D. **Práticas Educativas em Saúde: um território de saber, poder e produção de identidades.** In: DEITOS, R.A.; RODRIGUES, R.M. (Org). Estado, desenvolvimento, democracia & políticas sociais. Cascavel: EDUNIOESTE, 2006. p.87-104.

BAGNATO, Maria Helena Salgado et al. **Práticas Educativas em Saúde: Da fundamentação à construção de uma disciplina curricular. Relato de experiência.** Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem, jul-set 2009; (13) 3: 651-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1414-81452009000300028&pid=S141481452009000300028&pdf_path=ean/v13n3/v13n3a28.pdf>. Acesso em 15 mai. 2015.

BOTTI, NadjaCristianeLeppan et al. **Condições de saúde da população em situação de rua da cidade de Belo Horizonte.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, v.1, n.2, out/dez. 2009.

BOTTI, Nadja Cristiane Leppan et al. **Prevalência de depressão entre homens adultos em situação de rua em Belo Horizonte.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v.1, n.59, jan/fev 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n1/v59n1a02.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2015.

BRASIL, Secretaria de Estado de direitos humanos. **Programa Nacional de direitos humanos PNDH II.** 2002. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/sedh/pndh/pndhII/Texto%20Integral%20PNDH%20II.pdf>>. Acesso em: 20 de mai. 2015.

BRASIL, **Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009.** Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de acompanhamento e monitoramento, e dá outras providências. Brasília, 23 de dezembro de 2009; 188º da Independência e 121º da República. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20072010/2009/Decreto/D7053.htm>. Acesso em: mai de 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 3305, de 24 de dezembro de 2009.** Institui o Comitê Técnico para a população em situação de rua. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305_24_12_2009.html>. Acesso em: 10 mai. de 2015.

BRASIL, Ministério do desenvolvimento social e combate à fome. **Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua**. Meta Instituto de Pesquisa de opinião, secretaria de avaliação e gestão da informação, Abr. 2008.16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL, Constituição (1988) **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988. 168 p.

BRASIL, Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **2º Censo da População de Rua e análise qualitativa da situação dessa população em Belo Horizonte**: meta 10 - realização de ações de atendimento sócio-assistencial, de inclusão produtiva e capacitação para a população em situação de rua. Belo Horizonte: Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2006. 224 p.

BURSZTYN, Marcel. **No meio da rua-nômades, excluídos e viradores**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003. 264p. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=Ap8ohvCqljoC&printsec=frontcover&source=gs_bse_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 15 mai. 2015.

CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow; CALVO, Maria Cristina M. **O cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.7, n.23, jul. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n7/12.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2015.

CANÔNICO, Rhavana Pilzet 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, n. spe, Dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea09.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2015.

CASALI, Alípio. Paulo Freire e o pensamento complexo. In: **O pensamento de Paulo Freire como matriz integradora de práticas educativas no meio popular**. Ciclo de seminários. Ignácio da Silva (org.). São Paulo, Instituto Pólis, 2008. 67p.

CAMPOS, F.C.C. de; FARIA, H.P. de; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; 2010.

COSTA, MV. **Poder, discurso e política cultural: contribuição dos estudos culturais ao campo do currículo**. In: Lopes AC, Macedo E, organizadores. Currículo: debates contemporâneos. São Paulo (SP): Cortez; 2002. p.133-49.

COSTA, A. P. M. **População em situação de rua: contextualização e caracterização**. Revista Virtual Textos e Contextos, Porto Alegre, n.4, ano IV, dez. 2005. Disponível em:
<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/993/773>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

COSTA, Alderon. Vida fora do Trecho, saída da rua pelo estudo. **O Trecheiro**, notícias do povo da rua. São Paulo, jun. 2010, n.188. Disponível em:<http://www.rederua.org.br/pub/otrecheiro/2010/188_trecheiro_junho_2010.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2015.

FERREIRA, Frederico Poley Martins. **População em situação de rua, vidas privadas em espaços públicos: o caso de Belo Horizonte 1998 – 2005**. Disponível em:<<http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario.../2006/D06A096.pdf>>. Acesso em: 01 jun.2015.

FIGUEIREDO, MLF, MONTEIRO CFS, NUNES BMVT, LUZ MHBA. **Educação em saúde e mulheres idosas: promoção de conquistas políticas, sociais e em saúde**. Esc Anna Nery RevEnferm2006 dez; 10 (3): 456-66.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.

FIORI, Ernani Maria. **Aprender a dizer a sua palavra**. In: FREIRE, Paulo. Pedagogia do oprimido. 17a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

MENDES, Jussara; SILVEIRA, Sandra. **Nas páginas dos periódicos: construção e realidade do fenômeno morador de rua**. Revista Virtual Textos e Contextos, n°4, dez. 2005. Disponível em:

<http://www.rederua.org.br/textos_moradores/construcao_social_e_realidade.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2015.

MOROSINI, Márcia Valéria; FONSECA, Angélica Ferreira; PEREIRA, Isabel Brasil. **Educação em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edusau.html>>. Acesso em 10 mai. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, **Declaração de Adelaide.** Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Adelaide, Austrália, 5-9 abr. 1988. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Adelaide.pdf>>. Acesso em: 14 mai. 2015.

ROSA, Cleisa Moreno Maffei. **Vidas de Rua.** 1. ed. São Paulo: Hucitec/ Associação Rede Rua, 2005, 292 p.

SILVA, Maria Lucia Lopes. **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005.** Brasília, 2006, 220f. Dissertação (Mestrado em Política Social). Disponível em: <<http://repositorio.bce.unb.br/handle/10482/1763>>. Acesso em: 19 mai. 2015.

VALENCIO, F.L.S. et al. **Desterritorialização e Desfiliação Social: uma reflexão sociológica sobre ações públicas junto à população em situação de rua.** In: Anais Seminário nacional população em situação de rua, São Paulo, 2008, Universidade Federal de São Carlos. Disponível em: <<http://www.senaposirua.ufscar.br/anais-do-seminario-1>>. Acesso em: 19 mai. 2015.

VALENCIO, Norma Felicidade Lopes da Silva et al. **Pessoas em situação de rua no Brasil: Estigmatização, desfiliação e desterritorialização.** RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção, v. 7, n. 21, dez. 2008, p.556-605. Disponível em: <<http://www.cchla.ufpb.br/rbse/NormaArt.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2015.