

A formação de redes intersetoriais no cuidado à população em situação de rua durante a pandemia de Covid-19: achados de um estudo avaliativo nacional com equipes de Consultório na Rua

Henrique Sater de Andrade, Luana Marçon, Jonathas Justino, Cathana Freitas de Oliveira, Patrícia Carvalho Silva, Thais Machado Dias, Patrícia Silveira Rodrigues

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde tem função central na formação de redes intersetoriais de cuidado para o enfrentamento à pandemia, incluindo iniciativas específicas para grupos vulneráveis como a população em situação de rua. Realizamos um estudo avaliativo online com 94 equipes de Consultório na Rua do país sobre a gestão do cuidado durante a pandemia de COVID-19. Identificamos grande articulação das equipes com Unidades de Pronto Atendimento, hospitais, abrigos e centros de acolhimento à população de rua, o que também refletiu em mais fluxos para sintomáticos respiratórios, acesso a leitos hospitalares e abertura de vagas de acolhimento e isolamento. Os achados descritos trazem à tona o papel da articulação intersetorial das equipes para a garantia de acesso a medidas não-farmacológicas como o isolamento social e de atendimento de casos graves em ambiente hospitalar, centrais para o enfrentamento à pandemia.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, pessoas em situação de rua, infecções por coronavírus, pesquisa sobre serviços de saúde.

ABSTRACT

Primary Health Care has a central role in the formation of intersectoral care networks to fight the pandemic, including specific initiatives for vulnerable groups such as the homeless population. We conducted an online evaluative study with 94 teams from "Street Health" teams on care management during the COVID-19 pandemic. We identified a great articulation with Emergency Care Units, hospitals, shelters and refuge centers for the homeless population, which also reflected in more defined protocols for respiratory symptoms, access to hospital beds and the opening of spaces for housing and isolation. The findings described bring out the role of the teams' intersectoral articulation to guarantee access to non-pharmacological measures such as social isolation and care for severe cases in the hospital environment, which are central to fighting the pandemic.

Keywords: Primary Health Care, Homeless Persons; Coronavirus Infections; Health Care Research.

Submissão recebida em 09 de fevereiro de 2021.

Aceito para publicação em 27 de julho 2021.

Avaliado pelo sistema *Double Blind Review*

Revista da Rede APS 2021

Publicada em: 20/09/2021

DOI:10.14295/aps.v3i2.140

Henrique Sater de Andrade
(FCM-Unicamp, Campinas, SP, Brasil)

Luana Marçon
(FCM-Unicamp, Campinas, SP, Brasil)

Jonathas Justino
(FCM-Unicamp, Campinas, SP, Brasil)

Cathana Freitas de Oliveira
(FCM-Unicamp, Campinas, SP, Brasil)

Patrícia Carvalho Silva
(Unicid, São Paulo, SP, Brasil)

Thais Machado Dias
(FCM-Unicamp, Campinas, SP, Brasil)

Patrícia Silveira Rodrigues
(FCM-Unicamp, Campinas, SP, Brasil)

Correspondência para:

Henrique Sater de Andrade
hsatera@gmail.com

INTRODUÇÃO

Em março de 2020, estimou-se que havia 221,8 mil pessoas em situação de rua no Brasil¹. Tal população de grande vulnerabilidade convive com uma gama de agravos da saúde física e mental, nos quais cabe destacar aquelas que são provocadas ou intensificadas pelo uso de álcool e outras drogas, distintas condições psiquiátricas, alta prevalência de doenças infecciosas – como infecções sexualmente transmissíveis e tuberculose –, cabendo ainda ressaltar a morbimortalidade por causas externas. Além disso, esse cuidado tem uma dimensão ética de grande relevância, ao passo que são implementações complexas da universalidade e integralidade no Sistema Único de Saúde^{2,3}.

Seu acesso a políticas e serviços públicos de Saúde e Assistência Social é previsto do ponto de vista formal, mas há uma insuficiência histórica de respostas devido ao subfinanciamento, discriminação e limites dos arranjos e modelos tecno-assistenciais dos serviços, dentre outros motivos. Um dos dispositivos centrais para a garantia desse acesso é a Atenção Primária à Saúde, que deve abordar os problemas mais comuns na comunidade; oferecendo ações de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar e integra o cuidado quando há mais de um problema de saúde; lidando com o contexto no qual a doença existe; influenciando a resposta das pessoas a seus problemas de saúde; organizando e racionalizando recursos da prevenção, promoção e reabilitação da saúde.

Para enfrentar esse desafio, é criado o dispositivo de rede do Consultório na Rua (CnaR). A portaria 122/2011⁴ do Ministério da Saúde busca delinear a composição e o modo de operar desses serviços. Preconiza que essas equipes multiprofissionais devam agregar trabalhadores (as) da Atenção Básica e da Saúde Mental, tendo uma atuação itinerante na busca e acompanhamento ativo de usuários em situação de rua.

Em 2012, a revisão da Política Nacional de Atenção Básica⁵ elenca o Consultório na Rua

como um equipamento da rede de Atenção Básica. A mudança de gestão do serviço do CnaR da Saúde Mental para o Departamento de Atenção Básica é mais do que uma simples passagem de responsabilidade. Insere-se a compreensão de que esta população demanda um cuidado no qual os problemas e agravos mentais constituem apenas uma parte – mesmo que de alta relevância – do quadro de agravos que apresentam, mas também se enfatiza os cuidados de promoção, tratamento e reabilitação da clínica tradicional que são disponibilizados na rede de atenção básica tradicional. Essas equipes contribuem para a integralidade da atenção e constituem-se como um dispositivo de indução e qualificação da rede de cuidados, atuando também no matriciamento de casos, e educação permanente em serviços como outras unidades básicas de saúde, unidades de pronto atendimento ou mesmo em instituições fora do setor saúde como escolas, ou equipamentos da assistência social, fomentando assim o trabalho intersetorial.

A pandemia de Covid-19 tornou ainda mais complexa a gestão do cuidado na atenção primária à saúde, especialmente para essa população, que apresentava questões tão específicas em relação ao isolamento social se tratando de um grupo populacional sem moradia fixa e com graus muito elevados de exclusão econômica e social. Como aponta o Plano Nacional de Imunização, a população em situação de rua, dentre outros grupos vulneráveis, é considerada grupo de risco na pandemia por apresentar maior risco de desenvolvimento de formas graves e óbitos⁶.

Esse desafio se agrava quando constatamos que não houve sequer um plano integrado de combate ao coronavírus que priorizasse o papel da APS no enfrentamento e monitoramento da pandemia e que envolvesse testagem em massa, vigilância epidemiológica e busca ativa de populações vulneráveis, além de garantia de isolamento social.

Estudos avaliativos de âmbito internacional e nacional⁷⁻¹⁰ têm apontado que as estratégias de enfrentamento à pandemia vêm sendo

moldadas de acordo com a capacidade técnico-política dos governantes, com a adesão e mobilização da sociedade civil e com a identificação de “pontos cegos” no manejo da crise, especialmente em relação a segmentos e situações sociais com alta vulnerabilidade.

Conforme documento publicado por Engstrom et. al¹¹, é papel da Atenção Primária no enfrentamento à Covid-19, dentre outras atribuições, “mapear possibilidades de outros locais ou estratégias de isolamento para usuários de maior risco” (p. 5) e “articular fluxos da APS com os demais componentes da Rede de Atenção à Saúde, notadamente os serviços hospitalares e de urgência e emergência” (p. 5).

Tais atribuições vinculam-se à dimensão da coordenação do cuidado, amplamente discutida na literatura internacional e nacional sobre Atenção Primária, e que envolve a

“integração vertical e horizontal entre ações, serviços e distintos profissionais de saúde, com utilização de mecanismos e instrumentos específicos para planejamento da assistência, definição de fluxos, troca de informações sobre e com os usuários, monitoramento dos planos terapêuticos e das necessidades de saúde, a fim de facilitar a prestação do cuidado contínuo e integral, em local e tempo oportunos.”

Nesse sentido, a APS cumpre papel central no enfrentamento à pandemia e tem o desafio de produzir mudanças do modelo de atenção durante o curso da pandemia e pensar ações específicas para situações de vulnerabilidade (como o caso do atendimento à população em situação de rua) a partir dos dados epidemiológicos e sociais produzidos em nível local e a integração das estratégias de cuidado a diferentes dispositivos da rede intersetorial.

Partindo dessas considerações, apresentamos aqui achados de um estudo nacional quantitativo com equipes de CnaR do Brasil para descrever e analisar a articulação das equipes com equipamentos de atendimento de casos graves com sintomas respiratórios e dispositivos da Assistência Social para isolamento e espaço de moradia da população de rua no contexto da pandemia. Relacionamos a formação destas

redes institucionais realizadas pelas equipes com o estabelecimento de fluxo de atendimento de sintomáticos respiratórios, acesso a leitos hospitalares e abertura de espaços de isolamento e abrigo para a população em situação de rua no país.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Realizamos um estudo transversal, do tipo avaliativo, com amostra não probabilística por conveniência ou acessibilidade, que utilizou como método de coleta e produção de dados questionário online, por meio do Google Forms, no período de maio a julho de 2020, além de outras abordagens metodológicas que aqui não serão descritas.

Previamente à aplicação do questionário, mapeamos todas as equipes de CnaR relacionadas no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Datasus (cnes.datasus.gov.br), que somavam um total de 167 equipes habilitadas no país em 110 municípios no período analisado. O convite para participação foi realizado por contato telefônico e e-mail com equipes e secretarias de saúde. Devido ao baixo retorno do contato institucional, foi feito também amplo processo de divulgação em fóruns públicos ligados à temática da saúde da População em Situação de Rua.

O questionário foi dividido em 3 eixos: 1) Gestão e planejamento local, que interrogava a existência de comitês de crise municipais e a participação ou não da equipe nestes espaços; 2) Redes intersetoriais, que analisava a articulação com diferentes dispositivos, entidades e movimentos sociais de população de rua.; 3) Impactos na organização do cuidado, que questionava a existência de fluxos e formas de funcionamento estabelecidos, o acesso a equipamentos de proteção individual (EPIs) e os protocolos de afastamento e testagem dos profissionais.

Descrevemos e analisamos aqui a relação entre a articulação das equipes com Unidades de

Pronto Atendimento (UPAs), Hospitais, Abrigos e Centros de Acolhimento à População de Rua com o estabelecimento de fluxo pactuado para a população de rua com sintomas respiratórios, acesso a leitos hospitalares e abertura de novos espaços para isolamento. As análises foram realizadas no programa estatístico Stata 14.0.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp (CAAE 31557320.5.0000.5404, parecer 4037894), com preenchimento de termo de consentimento livre e esclarecido online de todos os participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No total, 94 equipes de CnaR (56,3% das equipes cadastradas no CNES) e 83 municípios (representando 75,5% das 110 cidades com presença de equipes de CnaR no país) responderam à pesquisa, abrangendo as 5 regiões e as 26 unidades federativas do país que possuem equipes desta modalidade. Metade das equipes (n=47) era da região sudeste, 23,4% da região nordeste (n=22), 9,6% da região norte (n=9), 8,5% da centro-oeste (n=8) e 8,5% da região sul (n=8).

A proporção de equipes com articulação com UPAs e hospitais foi de 89,4% (n=84). No total, 60,6% das equipes (n=57) tinham fluxo de encaminhamento de sintomáticos respiratórios. Essa quantidade é semelhante a estudo nacional sobre desafios da Atenção Básica na pandemia, no qual gestores relataram como maior fluxo de encaminhamento os hospitais e UPAs (64,1% e 31,5%, respectivamente)¹². Identificamos também que houve cerca de 2 vezes mais equipes com fluxos de sintomáticos respiratórios entre as equipes com articulação com UPAs e hospitais em relação às sem articulação prévia. O acesso a leitos hospitalares foi descrito por 86,2% das equipes, também com 1,5 vezes mais equipes com articulação com hospitais e UPAs em relação às sem (Tabela 1).

Os dados servem como importante indicativo do papel da formação de redes e articulações entre equipes de consultório na rua e dispositivos da Rede de Urgência e Emergência para pensar tanto fluxos de encaminhamento como garantir acesso a leitos em hospitais. Considerando que a população em situação de rua é considerada um grupo de risco para o agravamento pós-infecção de covid-19, pensar a singularidade desses fluxos e o desafio de garantir acolhimento e permanência desses usuários do SUS em leitos é tarefa constante das equipes de Consultório na Rua.

A parcela de equipes com articulação com centros de acolhimento e abrigos foi de 86,2% (n=81). Em relação ao isolamento da população de rua, 73,4% (n=69) equipes relataram abertura de espaços específicos para esse fim em seus municípios, com 3,5 vezes mais equipes com articulação prévia com abrigos/centros de acolhimento de população de rua. A criação de vagas em abrigos e espaços de acolhimento institucional foi relatada por 59,6% das equipes entrevistadas, proporcionalmente com cerca de 2 vezes mais equipes com articulação prévia com equipamentos de abrigo e acolhimento.

Considerando as medidas não-farmacológicas como a única forma de controle da pandemia no momento do estudo, quando não havia imunização disponível, os dados trazem a falta de iniciativas para isolamento tanto de casos sintomáticos quanto daqueles sob risco de infecção, o que pode ter contribuído para o aumento da disseminação do vírus dentro dos espaços de circulação dessa população e também para a população geral. Como apontam outros autores¹³, os achados aqui encontrados inserem-se na ausência de uma iniciativa federal de apoio aos órgãos de assistência social no enfrentamento a COVID-19 junto à população em situação de rua. A dificuldade de acesso a essa população a isolamento também foi agravada pela impossibilidade de cadastramento para auxílio emergencial.

Vale ressaltar que a formação insuficiente de redes intersetoriais de cuidado descrita não depende de iniciativas isoladas das equipes, mas

de comitês de crise intersetoriais com poder deliberativo e controle de orçamento público para aprimorar e pensar fluxos específicos de cuidado para grupos vulneráveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desafio de enfrentamento à pandemia, agravado pela situação de vulnerabilidade e especificidade do cuidado à população de rua, exigia e segue exigindo ações integradas e pensadas a partir de saberes e práticas vinculados à experiência das equipes de Consultório na Rua do país. É necessária uma APS fortalecida e capaz de coordenar o cuidado para se executar de maneira efetiva a identificação de novos casos, o isolamento e monitoramento de pacientes suspeitos e o acesso a leitos hospitalares e serviços de assistência social.

Os dados aqui servem para evidenciar o papel das equipes de Consultório na Rua na formação de redes intersetoriais para a gestão do cuidado da população em situação de rua no país. A articulação prévia tanto com UPAs e hospitais quanto com centros de acolhimento e abrigos de população de rua refletiu em uma maior capacidade de estabelecimento de fluxos, acesso a leitos hospitalares e abertura de vagas de acolhimento e isolamento.

Apontamos, finalmente, a necessidade tanto de práticas de cuidado que abordem de forma singular as vulnerabilidades desse grupo social e que se pautem pelas necessidades e vivências de quem habita as ruas das nossas cidades, quanto de estratégias de planejamento e gestão compartilhadas com as equipes que atuam diretamente nessa assistência no âmbito da Atenção Primária.

REFERÊNCIAS

1. NATALINO, Marco. Nota técnica nº 73: Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil. 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200612_nt_disoc_n_73.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2020.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual sobre o cuidado à saúde junto à População em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e manuais técnicos).
3. CARVALHO, Sergio Resende; OLIVEIRA, Cathana Freitas; ANDRADE, Henrique Sater; et al. Vivências do cuidado na rua: produção de vida em territórios marginais. 1a ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2019.
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 122: Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. 2011. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 10 jun. 2020.
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Básica. 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2020.
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PLANO NACIONAL DE OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19, 15 mar. 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/23/plano-nacional-de-vacinacao-covid-19-de-2021>>.
7. CAPANO, Giliberto; HOWLETT, Michael; JARVIS, Darryl S.L.; et al. Mobilizing Policy (In)Capacity to Fight COVID-19: Understanding Variations in State Responses. *Policy and Society*, v. 39, n. 3, p. 285–308, 2020.
8. ITO, Nobuiki Costa; PONGELUPPE, Leandro Simões. O surto da COVID-19 e as respostas da administração municipal: munificência de recursos, vulnerabilidade social e eficácia de ações públicas. *Revista de Administração Pública*, v. 54, n. 4, p. 782–838, 2020.
9. SILVA, Tatiana Dias; NATALINO, Marco; PINHEIRO, Marina Brito. Nota técnica nº 74: População em Situação de Rua em Tempos de Pandemia: Um Levantamento de Medidas Municipais Emergenciais. 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200610_nt_74_diset.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2020.
10. SCHMIDT, Flávia; MELLO, Janine; CAVALCANTE, Pedro. Nota técnica nº 32: Estratégias de Coordenação Governamental na Crise da Covid-19. 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200403_notatecnica_diest_32.pdf>. Acesso em: 1 set. 2020.
11. ENGSTROM, Elyne; MELO, Eduardo; GIOVANELLA, Lígia; et al. Nota técnica: Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19. [s.l.]: Observatório Covid-19 Fiocruz, 2020. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41404>>.
12. BOUSQUAT, A. et al. Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. Rede de Pesquisa em APS. Disponível em: <<https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Relato%CC%81rioDesafiosABCovid19SUS.pdf>>.
13. HONORATO, B. E. F.; OLIVEIRA, A. C. S. População em situação de rua e COVID-19. *Revista de Administração Pública*, v. 54, p. 1064–1078, 28 ago. 2020.

APÊNDICE

Tabela 1 - Caracterização das equipes de CnaR quanto a articulação com UPAs e hospitais, fluxo a sintomáticos respiratórios e acesso a leitos hospitalares. Brasil, 2020 (n=94).

| Articulação com UPAs e/ou Hospitais | Fluxo pactuado de sintomático respiratório | | Acesso a leitos hospitalares | |
|-------------------------------------|--|---------------|------------------------------|---------------|
| | Sim | Não/Parcial | Sim | Não/Não Sabe |
| Sim | 65,40% | 34,60% | 91,10% | 8,90% |
| Não | 30,80% | 69,20% | 60,00% | 40,00% |
| Total (n=94) | 60,60% | 39,40% | 86,20% | 13,80% |

Fonte: elaborado pelos autores.

Tabela 2 - Caracterização das equipes de CnaR quanto a articulação com centros de acolhimento e abrigos, abertura de espaços de isolamento e abertura de vagas em abrigos. Brasil, 2020 (n=94).

| Articulação com Centros de Acolhimento de População de Rua e/ou Abrigos | Abertura de espaços de isolamento | | Abertura de vagas em abrigo | |
|---|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|---------------|
| | Sim | Não | Sim | Não/Não Sabe |
| Sim | 77,40% | 22,60% | 63,10% | 36,90% |
| Não | 40,00% | 60,00% | 30,00% | 70,00% |
| Total (n=94) | 73,40% | 26,60% | 59,60% | 40,40% |

Fonte: elaborado pelos autores.