



ATUAÇÃO DO MÉDICO DE FAMÍLIA NO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO CONTEXTO DA PANDEMIA – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

FAMILY DOCTOR'S PERFORMANCE IN SERVICE TO THE POPULATION IN
STREET SITUATION IN THE CONTEXT OF PANDEMIA - AN EXPERIENCE
REPORT

Carla Viviane dos Santos Cerqueira ¹
Bruno Luiz Ribeiro Campos Neves ²

Manuscrito recebido em: 08 de maio de 2021.

Aprovado em: 27 de janeiro de 2022.

Publicado em: 03 de março de 2022.

Resumo

O ano de 2020 se caracterizou pela crise sanitária de proporção internacional, que foi a pandemia pelo vírus SARS-CoV-2, causador da enfermidade respiratória *Corona Virus Disease -19* (COVID-19) e, a partir daí, foram necessárias medidas sanitárias para o controle da sua disseminação. Nesse contexto, destaca-se o grupo das pessoas em situação de rua, que vivem em condições de extrema vulnerabilidade social, sem acesso aos serviços de saúde e com condições precárias de higiene, bem como impossibilitadas de realizar isolamento domiciliar. Desta forma, este artigo trata-se de um relato de experiência que teve como objetivo relatar a vivência de uma residente de medicina de família e comunidade, no atendimento à população em situação de rua do município de Camaçari-Ba no período da pandemia por Coronavírus, durante a realização do estágio eletivo no segundo ano de residência no ano de 2020. Onde, durante este período, foi possível desenvolver atividades itinerantes em parceria com profissionais da atenção básica para ações assistenciais específicas para esse grupo populacional. Desta forma, enquanto médica residente em saúde da família, pude direcionar minha atuação para demandas inerentes a população em situação de rua do município e desenvolvimento de articulação com outros serviços integrantes da rede de saúde. Podendo-se perceber com essa experiência a importância da criação de políticas públicas direcionadas para a população de rua, a importância da atenção básica, bem como do trabalho em equipe multiprofissional e articulação em rede tanto na pandemia quanto fora desse cenário.

Palavras chave: Pandemia; COVID-19; População em situação de rua; Estratégia de Saúde da Família.

¹ Profissional Médica no Hospital Geral de Camaçari. Graduada em Medicina pela Universidade Federal da Bahia, com Residência em Medicina de Família e Comunidade pela Fundação Estatal Saúde da Família.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1496-1921>

E-mail: carlaviviane.cerqueira@gmail.com

² Mestrando em Biotecnologia e Graduado em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7949-1647>

E-mail: bruno_rcn@hotmail.com



Abstract

The year 2020 was characterized by a health crisis of international proportions, which was the pandemic by the SARS-CoV-2 virus, which caused the respiratory disease Corona Virus Disease -19 (COVID-19) and, from then on, sanitary measures were necessary to control of its dissemination. In this context, the group of people on the street stands out, who live in conditions of extreme social vulnerability, without access to health services and with precarious hygiene conditions, as well as being unable to perform home isolation. Thus, this article is an experience report that aimed to report the experience of a family medicine and community resident, in the care of the homeless population of the municipality of Camaçari-Ba during the Coronavirus pandemic period. , during the accomplishment of the elective internship in the second year of residency in the year 2020. Where, during this period, it was possible to develop itinerant activities in partnership with professionals of primary care for specific assistance actions for this population group. In this way, as a resident doctor in family health, I was able to direct my work towards demands inherent to the homeless population of the municipality and the development of articulation with other services that are part of the health network. With this experience, it is possible to perceive the importance of creating public policies aimed at the street population, the importance of primary care, as well as multiprofessional teamwork and networking in the pandemic as well as outside this scenario.

Keywords: Pandemic; COVID-19; Homeless population; Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

O ano de 2020 se caracterizou pela crise sanitária de proporção internacional, que foi a pandemia pelo vírus SARS-CoV-2 causador da enfermidade respiratória *Corona Virus Disease -19* (COVID-19). Inicialmente identificado no final de 2019 na cidade de Wuhan na China, este vírus rapidamente ganhou visibilidade internacional por apresentar uma síndrome respiratória de alta transmissibilidade, infectividade e amplo espectro de manifestações clínicas, variando desde quadros assintomáticos até quadros graves, com insuficiência respiratória aguda e evolução para óbito, principalmente em grupos de maior vulnerabilidade, como idosos ou portadores de doenças crônicas e em pouco tempo já havia atingido disseminação global^{1,2}.

Com a pandemia causada pela COVID-19, e disseminação do novo coronavírus de forma comunitária, foram necessárias medidas sanitárias para o controle da sua disseminação através de práticas como isolamento domiciliar, distanciamento social, uso de máscara e otimização das práticas de assepsia e antissepsia, com lavagem das mãos, objetos e superfícies e aumento da utilização de álcool a 70%³.



A partir deste novo cenário faz-se necessário o questionamento: como promover medidas de isolamento domiciliar para aqueles que estão em situação de rua? Bem como promover e otimizar medidas de saneamento básico diante de condições extremas de vulnerabilidade social, e como, prover saúde para indivíduos que estão suscetíveis as barreiras de acesso aos serviços. Principalmente diante do fato desta população apresentar elevada suscetibilidade a doenças transmissíveis respiratórias, como a tuberculose e mesmo nos casos mais leves, pessoas expostas ao coronavírus e casos confirmados, necessitam de isolamento e locais apropriados para o devido manejo da enfermidade, e desta forma, faz-se necessária uma organização dos serviços de saúde e dos aparatos políticos para atender demandas antigas e novas inerentes a essa população^{4,5}.

Diante do exposto, o presente estudo objetiva relatar a experiência de uma residente de medicina de família e comunidade, no atendimento à população em situação de rua do município de Camaçari-Ba no período da pandemia por Coronavírus, durante a realização do estágio eletivo no segundo ano de residência.

A justificativa para a realização do referido estágio deu-se a grande relevância do tema associada a uma antiga necessidade de implantação de políticas locais direcionadas a esse público e, desta forma, o estágio possibilitaria uma maior imersão e participação do residente auxiliando na sua formação como médico de família e comunidade.

METODOLOGIA

O relato experiência é um tipo de estudo descritivo onde o autor narra um acontecimento vivido, usando o aporte científico como norteador de sua escrita, entretanto permeado por aspectos de subjetividade inerente a sua experiência do que foi vivenciado⁶.

O presente estudo trata-se de um relato de experiência referente ao período de estágio eletivo, do segundo ano da residência de medicina de família e comunidade da Fundação Estatal Saúde da Família- FESF- SUS. O estágio foi desenvolvido nos meses de novembro e dezembro de 2020, na Diretoria da Atenção Básica da



Secretaria de Saúde do município de Camaçari, no estado da Bahia nos meses de novembro e Dezembro de 2020.

Durante este período foi possível observar as articulações desenvolvidas pelo município para suprir as demandas da população em situação de rua no município, participar do levantamento e cadastro desta população, bem como, participar do processo de implantação do primeiro consultório na rua de Camaçari, fazendo parte das atividades assistenciais da equipe, atuando diretamente na assistência às demandas de saúde da população em situação de rua do município realizando articulação em rede para enfrentamento de situações diretamente relacionadas a pandemia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O artigo único do decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009, instituiu a política nacional para população em situação de rua e caracteriza a população de rua como:

Grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória⁷.

A cidade de Camaçari está localizada no litoral do estado da Bahia, na região Metropolitana de Salvador e possui uma população estimada em 304.302 habitantes⁸. Entretanto não existiam dados atualizados referentes a aspectos demográficos e epidemiológicos da população em situação de rua existente no município e, com a pandemia, fez-se necessária a realização de políticas públicas e ações destinadas a atender suas particularidades. Inicialmente, ações pontuais e fragmentadas foram realizadas, entretanto, as mesmas não se mostravam efetivas, tendo em vista a ausência de uma estrutura organizada destinada a suprir demandas específicas da população em situação de rua.



Desta forma, uma das primeiras atitudes realizadas pela equipe de saúde, foi iniciar o cadastramento destes indivíduos, bem como mapear os locais de concentração. Cadastrando no período de novembro de dezembro de 2020 um total de 91 indivíduos em situação de rua, através de abordagens na rua, no Centro de referência ao atendimento a população de rua do município e em visita as diversas comunidades terapêuticas do território. Destes indivíduos 87% era do sexo masculino e 13% do sexo feminino e a média de idade foi de 43 anos, sendo que 47% dos indivíduos encontravam-se na faixa etária entre 30 e 50 anos e nenhum apresentava vínculo de trabalho formal.

A través do levantamento realizado pode-se perceber que a cidade de Camaçari já dispunha de um número de indivíduos em situação de rua suficiente para a implantação de uma equipe do consultório na rua e prover um cuidado a saúde direcionado as particularidades inerentes a este público.

A Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012, define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município, estabelecendo que municípios com população a partir de 100 mil habitantes poderão implantar equipes de consultório na rua, sendo que cada equipe ficará responsável por uma população de 80 a 1.000 indivíduos em situação de rua. Desta forma foi realizada uma proposta para implantação de uma equipe de consultório na rua para o município na modalidade 3⁹.

A portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, define as Diretrizes de organização e funcionamento das equipes de consultório de rua, desta forma existem 3 modalidades de equipes de consultório na rua, que podem ser implementadas de acordo com as particularidades e necessidades de cada município, sendo a modalidade 3 composta por 7 profissionais, sendo pelo menos 3 deles, obrigatoriamente, enfermeiro, ou psicólogo, ou assistente social ou terapeuta ocupacional e 3 dentre os profissionais de técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal, dentista, profissional de educação física, agente de saúde ou profissional com formação em arte e educação. Sendo essa modalidade, também acrescida do profissional médico¹⁰.

Enquanto não havia a formalização da implantação de uma equipe assistencial específica para atuar diretamente com a população em situação de rua, foram desenvolvidas atividades itinerantes em parceria com profissionais da atenção básica para ações assistenciais específicas para esse grupo populacional. Desta forma, enquanto médica residente em saúde da família, pude direcionar minha



atuação para demandas inerentes a população em situação de rua do município e desenvolvimento de articulação com outros serviços integrantes da rede de saúde.

Durante os 2 anos da residência, foi possível vivenciar os desafios de se trabalhar com populações vulneráveis, exercitar a clínica ampliada e o olhar do indivíduo em sua totalidade, englobando aspectos sociais, psicológicos e biológicos. Experiência rica e extremamente recompensadora, principalmente diante dos desafios enfrentados pelos trabalhadores e defensores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entretanto, atuar com a população em situação de rua se mostrou ainda mais desafiador, a partir do momento em que pude vivenciar situações complexas, e de uma singularidade que só esse público apresenta. Compreender que nem sempre será possível resolver todas as demandas dessa população sem uma equipe multidisciplinar que atenda particularidades em um conceito ampliado de saúde que abrange demandas referentes a emprego, moradia, ausência de documentação, analfabetismo, abandono familiar, uso abusivo de álcool e outras drogas, violência sexual entre outros. E, desta forma, políticas como redução de danos, bem como um olhar centrado na pessoa se fazem necessárias para que as ações de tornem resolutivas e menos assistencialistas^{11,12}.

Como citado anteriormente, o uso abusivo de álcool e drogas se mostrou presente, fazendo-se necessária uma reflexão sobre como o uso do álcool e outras drogas pode ser caracterizado como como uma estratégia de sobrevivência diante da dolorosa realidade vivenciada, e, desta forma, a droga passa a preencher necessidades emocionais, bem como, amenizar as dores inerentes de uma conjuntura social que exclui, oprime, agride e invisibiliza^{13,14}.

E é diante desse cenário que situações como a pandemia pelo novo Coronavírus torna mais visível a necessidade de políticas públicas direcionadas a população de rua a partir do momento em que nas emergências de saúde pública pode haver uma exacerbação das dificuldades inerentes ao acesso aos serviços e insumos à parcela mais vulnerável da população, que em sua maioria é composta por indivíduos desfavorecidos economicamente¹⁵.



Existem diversas comorbidades prevalentes na população em situação de rua, como tuberculose, HIV/Aids, consumo de álcool e drogas, doenças crônicas, bem como as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e o fato de que a maioria das recomendações sanitárias sobre prevenção a COVID-19 veiculadas à sociedade em geral, não é facilmente aplicável à realidade desse público e se tornam fatores de risco para a contaminação pelo coronavírus, bem como pelas suas complicações clínicas¹⁶.

Desta forma a estratégia adotada durante o período observado foi realizar um fortalecimento da rede, nos seus diferentes níveis de complexidade pra que existisse um fluxo de atendimento para suprir minimamente as demandas dessa população. Então foi realizado o cadastro dos indivíduos, atualização do cartão do SUS e dos documentos de identificação; divulgação nos serviços de urgência e emergência do contato para acionamento dos membros da equipe de saúde em caso de entrada nesses serviços. Articulação com a rede básica, parceria com o CAPS, serviço social e Centro Social do município para que fosse assegurado acompanhamento psicológico e social, bem como o provento das refeições diárias. Estruturação de locais para que o os indivíduos sintomáticos respiratórios com suspeita de COVID ou com diagnóstico conformados, entretanto sem critérios de internamento, pudessem cumprir o período de isolamento social.

Cabe ressaltar que durante todo o processo, muitos desafios surgiram e surgirão, entretanto, as ações que surgiram em decorrência da pandemia já se faziam necessárias e certamente continuarão a existir, tendo em vista que é uma parcela da população que já vem sendo invisibilizada por muitos anos, não cabendo mais ignorar suas demandas e sua existência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se perceber com essa experiência a importância da criação de políticas públicas direcionadas para a população de rua, onde sejam implantadas estratégias de melhoria do acesso aos serviços de saúde, bem como, dos indicadores sociais, tanto em contextos de crise, como na pandemia, mas principalmente que essas ações se tornem permanentes e efetivas.



Observa-se que essa população é formada por indivíduos que possuem suas histórias, demandas e necessidades que vão muito além do uso de álcool e drogas e que o trabalho em equipe e articulação da rede se faz necessária durante todo o processo. E a partir daí percebe-se a grande potencialidade da atenção básica em ser resolutiva e funcionar como base nesse processo. Acredito que essa experiência, mesmo que por um curto período de tempo, me tornou uma médica de família mais completa e com um olhar mais ampliado diante das particularidades dos indivíduos. Através do atendimento à população de rua pude vivenciar a medicina de família e comunidade em sua essência, assistindo o indivíduo de forma integral, em seu território e sem distinções.

Por fim, acredito que iniciativas individuais, por mais estruturadas que sejam, só podem ser potencializadas mediante uma ação coletiva estruturada nacionalmente envolvendo políticas públicas que garantam uniformidades das ações e assegure direitos de uma população que é tradicionalmente invisibilizada e ignorada.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde: versão 7 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
2. Ministério da Saúde (BR). (2020). Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada.
3. Aquino, Estela ML et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 2423-2446, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25suppl1/2423-2446/pt/>>. Acesso em: 05/12/2020.
4. Honorato, B. E. F., & Oliveira, A. C. S. (2020). População em situação de rua e COVID-19. *Revista de Administração Pública*, 54(4), 1064-1078. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/rap/v54n4/1982-3134-rap-54-04-1064.pdf>>. Acesso em: 09/01/2021.
5. Paula, H. C. D., Daher, D. V., Koopmans, F. F., Faria, M. G. D. A., Lemos, P. F. S., & Moniz, M. D. A. (2020). Sem isolamento: etnografia de pessoas em situação de rua na pandemia de COVID-19. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73. Disponível em:



<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672020001400157&script=sci_arttext&tlng=pt>.

Acesso em: 09/01/2021.

6. Daltro, M. R., & de Faria, A. A. (2019). Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 19(1), 223-237. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/43015>. Acesso em: 05/12/2020.

7. Brasil. Decreto n. 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm>. Acesso em: 16/11/2020.

8. IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/camacari/panorama>>. Acesso em: 09/01/2021.

9. Brasil. Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0123_25_01_2012.html>. Acesso em: 16/11/2020.

10. Brasil. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 16/11/2020.

11. Camargo, B. P. (2016). Vivência em Consultório na Rua do Rio de Janeiro: a situação de rua sob uma nova perspectiva. *Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade*, 11(38), 1-3. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1269](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1269). Acesso em: 16/11/2020.

12. de Abreu, D. (2017). Consultório na Rua e Redução de Danos: estratégias de ampliação da vida. *Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade*, 12(39), 1-2. Disponível em: <<https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/download/1435/832>>. Acesso em: 16/11/2020.

13. Tondin, M. C., Maria da Anunciação, P., & PASSOS, L. A. (2013). Consultório de rua: Intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. *Revista de Educação Pública*, 22(49/2), 485-501. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/educacaopublica/article/view/929>. Acesso em: 16/11/2020.

14. Ferreira, C. P. D. S., Rozendo, C. A., & Melo, G. B. D. (2016). Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. *Cadernos de Saúde Pública*, 32, e00070515. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2016.v32n8/e00070515/pt>>. Acesso em: 16/11/2020.



15. Medina, M. G., Giovanella, L., Bousquat, A., Mendonça, M. H. M. D., & Aquino, R. (2020). Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. Cadernos de Saúde Pública, 36, e00149720. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n8/e00149720/pt/>>. Acesso em: 09/01/2021.

16. Medina, M. G., Giovanella, L., Bousquat, A., Mendonça, M. H. M. D., & Aquino, R. (2020). Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. Cadernos de Saúde Pública, 36, e00149720. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010340142020000200225&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 09/01/2021.