

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
GERÊNCIA REGIONAL DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

CARINA MARIA BATISTA MACHADO

CAROLINA SAMPAIO VAZ

**SUS E SUAS: O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE NO CUIDADO
INTEGRAL E NA PROTEÇÃO SOCIAL DE PESSOAS EM SITUAÇÃO
DE RUA**

BRASÍLIA

2019

CARINA MARIA BATISTA MACHADO

CAROLINA SAMPAIO VAZ

**SUS E SUAS: O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE NO CUIDADO
INTEGRAL E NA PROTEÇÃO SOCIAL DE PESSOAS EM SITUAÇÃO
DE RUA**

Produção técnico-científica aplicada como trabalho de
conclusão do terceiro Curso de Especialização em
Saúde Coletiva da Fiocruz Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Damásio

BRASÍLIA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M149s

Machado, Carina Maria Batista.

SUS e SUAS: o desafio da intersetorialidade no cuidado integral e na proteção social de pessoas em situação de rua / Carina Maria Batista Machado, Carolina Sampaio Vaz. – 2019.

65 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Damásio.

Trabalho de conclusão de curso (especialização) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Fiocruz de Governo, Gerência Regional de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas de Saúde, Curso de Especialização em Saúde Coletiva, 2019.

1.Intersetorialidade. 2.Políticas públicas. 3.População em situação de rua. 4.Sistema Único de Saúde. 5.Sistema Único de Assistência Social. I.Vaz, Carolina Sampaio (coautora). II.Título.

CDU 614

Bibliotecário responsável:

Jônathas Rafael Camacho Teixeira dos Santos (CRB-1/2951)

Carina Maria Batista Machado e Carolina Sampaio Vaz

**SUS E SUAS: O desafio da intersetorialidade no cuidado integral e
proteção social de pessoas em situação de rua.**

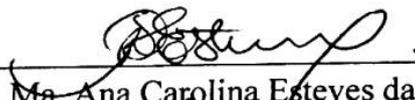
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentada à Escola Fiocruz de Governo
como requisito parcial para obtenção do
título de Especialista em Saúde Coletiva.

Aprovado em 31/10/2019.

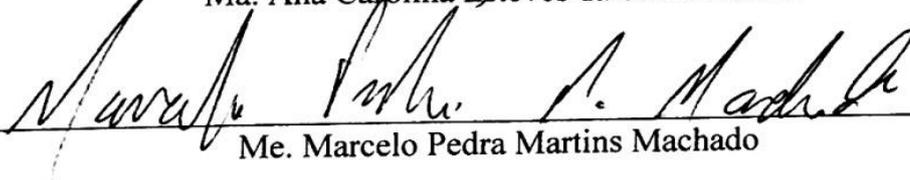
BANCA EXAMINADORA



Dra. Maria Fabiana Damásio Passos



Ma. Ana Carolina Esteves da Silva Pereira



Me. Marcelo Pedra Martins Machado

RESUMO

O presente estudo - que se constitui como trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde Coletiva da Escola Fiocruz de Governo - é fruto do interesse suscitado nas estudantes em suas experiências de trabalho com a população em situação de rua. Ao reconhecer as especificidades desta população, parte-se do entendimento de que o atendimento a suas necessidades se constitui como um grande desafio para as políticas públicas, exigindo articulação intersetorial para a consecução de seus objetivos. A partir deste entendimento, propôs-se aprofundar no tema da articulação intersetorial entre o Sistema Único de Saúde e o Sistema Único de Assistência Social por meio de análise das normativas e diretrizes dos dois sistemas e também por meio de visita técnica, no contexto do Distrito Federal, para observação da atuação das equipes dedicadas à atenção à população em situação de rua. Os resultados apontam que o tema intersetorialidade está presente de forma clara nas normativas e no entendimento expresso pelos trabalhadores dos serviços visitados. Apesar disso, persistem os desafios que dificultam a implementação de ações interssetoriais que superem a fragmentação dos serviços no âmbito dos dois sistemas em questão.

Palavras-chave: Intersetorialidade. Políticas públicas. População em situação de rua. Sistema Único de Saúde. Sistema Único de Assistência Social.

ABSTRACT

The present study - which constitutes the conclusion work of the Specialization Course in the Government School Escola Fiocruz de Governo is the result of the interest raised by the students in their work experiences with the homeless population. By recognizing the specificities of this population, it is understood that the care of their needs is a great challenge for public policies, requiring intersectoral cooperation to achieve their goals. From this understanding, it was proposed to deepen the theme of intersectoral cooperation between the Unified Health System and the Unified Social Assistance System by analyzing the legal norms and guidelines of the two systems and also by conducting technical visits in the Federal District of Federative Republic of Brazil context to observe the performance of dedicated services in the attention to the homeless population. The results indicate that the intersectoral cooperation theme is clearly present both in the legal norms and guides analyzed and in the understanding expressed by the workers of the visited services. Nevertheless, persist the challenges that make it difficult to implement intersectoral actions that overcome the fragmentation of services within the two systems in question.

Keywords: Intersectoral Cooperation. Public Policies. Homeless Population. Unified Health System. Unified Social Assistance System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Normativas e seus Respectiveos Documentos de Referência.....	28
Figura 1: Linha do tempo das normativas.....	33
Quadro 2: Informações básicas dos documentos.....	33
Quadro 3: Dispositivos que necessitam da intersetorialidade e/ou auxiliam sua efetivação.....	45
Quadro 4: Responsabilidades para a efetivação da intersetorialidade.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CENTRO POP	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CIAMP/RUA	Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para População em Situação de Rua
CNAR	Equipe Consultório na Rua
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CRES	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
EFG	Escola Fiocruz de Governo
ENCCEJA	Exame Nacional para Certificação de Competências de Jovens e Adultos
ESF	Equipe de Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GASPVP	Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome
NASF AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOB/SUAS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social
NOB/SUS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
PAEFI	Serviço de Proteção e Atendimento Especializado as Famílias e Indivíduos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNPSR	Política Nacional para a População em Situação de Rua
PSR	Pessoas em Situação
SEAS	Serviço Especializado em Abordagem Social
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde

UBS

Unidade Básica de Saúde

UPA

Unidade de Pronto-atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	Objetivos.....	12
1.2	Justificativa.....	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1	Políticas Sociais.....	15
2.2	Proteção Social, cuidado integral e intersetorialidade.....	16
2.3	Direito à Saúde e à Assistência Social.....	19
2.4	População em Situação de Rua – PSR	22
2.5	Instrumentos Institucionais dedicados à atenção às PSR no SUS e SUAS.....	23
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	25
3.1	Análise Documental.....	27
3.2	Visitas Técnicas.....	30
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
4.1	Previsão normativa de intersetorialidade no SUS e SUAS.....	35
4.2	PNPSR e normativas específicas.....	40
4.3	Dispositivos e responsabilidades intersetoriais.....	44
4.4	Visitas técnicas aos serviços especializados do DF.....	51
4.5	Discussão.....	54
5	PROPOSTA DE APLICAÇÃO.....	60
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
	REFERENCIAS.....	63

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) são partes do sistema de seguridade social instituído a partir da Constituição Federal de 1988. Suas operacionalizações derivam do reconhecimento dos direitos à Saúde e à Assistência Social como inerentes à condição de cidadania (1) e afirmam o dever do Estado na garantia desses direitos. Para o presente trabalho propõe-se olhar para estes dois sistemas a partir do foco na atenção a pessoas em situação de rua, assim como a partir do tema da intersetorialidade.

Os dois sistemas destacados compartilham princípios, diretrizes e modelos organizativos que partem da premissa expressa no conceito de seguridade a respeito da garantia de “proteção social do indivíduo e sua inclusão no rol de direitos providos pelo Estado, independentemente da sua inserção ou não na esfera do trabalho” (2). Em relação a esta premissa, é importante ressaltar que, quando a questão é a proteção social de pessoas em situação de rua, a complexidade das demandas exige a ampliação do olhar para além dos limites de cada política social isolada, uma vez que as vivências destas pessoas costumam ser marcadas pela violação de direitos humanos e de cidadania. Em concordância, Varanda & Adorno (3) ressaltam que o atendimento a esse público acaba por se constituir, de forma geral, como um grande desafio para as políticas públicas, exigindo ações articuladas para a conquista de seus objetivos.

A respeito desta necessidade de articulação entre políticas públicas, destacamos o tema da intersetorialidade. Para este destaque, o conceito de intersetorialidade aqui priorizado “se volta para a construção de interfaces entre setores e instituições governamentais (e não governamentais), visando o enfrentamento de problemas sociais complexos que ultrapassem a alçada de um só setor de governo ou área de política pública” (2). Partimos do entendimento de que “tanto a Seguridade Social quanto a intersetorialidade se confrontam e devem responder à complexidade das demandas sociais contemporâneas.” (2)

A fim de operacionalizar a ação do Estado para a garantia dos direitos de cidadania, especificamente na atenção a pessoas em situação de rua estes dois sistemas preveem alguns instrumentos institucionais dedicados e territorializados, dos quais serão focados para o presente trabalho as equipes de Consultório na Rua e os Centros de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Ruas - Centros Pop, ambos de caráter público e estatal. No âmbito do SUS, as equipes de Consultório na Rua - CnaR - são instituídas normativamente

pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e consistem em equipes multiprofissionais que propõem-se a oferecer atenção integral *in loco* à saúde das pessoas em situação de rua. No âmbito do SUAS, os Centros Pop se constituem como unidades de referência para o atendimento à população em questão e integram a Proteção Social Especial de Média Complexidade.

Especificamente no contexto do Distrito Federal, tem-se atualmente em ação três equipes de Consultório na Rua e dois Centros Pop, distribuídas territorialmente da seguinte forma:

- a. A equipe Consultório Na Rua do Plano Piloto e o Centro Pop Brasília ocupam o mesmo espaço físico. Esse funcionamento é único e exclusivo dessas duas equipes, não havendo no Brasil registros de outras equipes destas modalidades tendo sede no mesmo local.
- b. As equipes Consultório Na Rua de Taguatinga e Centro Pop Taguatinga atuam no mesmo território, com sede em locais diferentes: UBS e espaço próprio, respectivamente.
- c. A equipe Consultório Na Rua de Ceilândia atua em território sem a existência de equipe de assistência social específica para atenção a pessoas em situação de rua, isto é, não há Centro Pop.

Destacamos que neste contexto a atenção a pessoas em situação de rua no âmbito das políticas públicas tornou-se mais robusta a partir de 2012. Antes desse período, já existiam equipes nos serviços de assistência social e de saúde dedicados ao público, mas com menos recursos e pouca abrangência. Em 2012 foi inaugurado o primeiro Centro Pop, o de Brasília, e também foram formadas as três equipes Consultórios na Rua que existem atualmente. O Centro Pop de Taguatinga iniciou funcionamento em 2013, mesmo período em que Serviço de Abordagem Social de Rua – SEAS – foi ampliado por meio de contrato com Instituição filantrópica sem fins lucrativos (atualmente o serviço é executado pelo Instituto Ipês). Nesse período também ocorreu a ampliação de vagas de acolhimento em abrigos.

A opção por focar os serviços de Consultório na Rua e os Centros Pop se deu pelo fato de estas equipes terem um histórico de maior consolidação, tanto no DF quanto no Brasil, o que contribui para a existência de maior produção técnica e científica relacionada. Também por se constituírem como serviços dedicados ao atendimento de pessoas em situação de rua cuja execução e gestão ocorre inteiramente no âmbito estatal. Neste caso, a priorização destes serviços significa a reafirmação da primazia do Estado na garantia de direitos de saúde e assistência social.

Tendo em vista este contexto e as especificidades que o envolvem, ressaltamos que a escolha pelo desafio da intersectorialidade entre o SUS e o SUAS como tema se deu

principalmente com base no entendimento das autoras a respeito de sua importância para o atendimento integral e para a proteção social da população em situação de rua. Deste modo, o presente trabalho se propõe a responder às seguintes perguntas: quais os dispositivos e responsabilidades intersetoriais expressos nas normativas gerais e específicas da atenção a pessoas em situação de rua, no âmbito do SUS e do SUAS? Como o tema intersetorialidade se apresenta e é percebido pelos serviços estatais dedicados exclusivamente à atenção de pessoas em situação de rua no Distrito Federal?

1.1. Objetivos

O presente estudo tem por objetivos:

Objetivo Geral

Compreender a intersetorialidade entre SUS e SUAS na atenção à população em situação de rua, a partir da análise do corpo normativo relacionado ao tema e das experiências das equipes territorializadas dedicadas ao atendimento do público no âmbito das políticas de Saúde e Assistência Social.

Objetivos Específicos

- Reconhecer os dispositivos e as responsabilidades intersetoriais expressos nas normativas gerais e específicas da atenção a pessoas em situação de rua, no âmbito do SUS e SUAS;
- Entender o funcionamento da atenção especializada à população em situação de rua no DF a partir da observação de equipes territorializadas de referência em cada um dos dois sistemas;

- Relacionar os conhecimentos obtidos a partir da análise de normativas com as observações das práticas no território;
- Contribuir para a proposição de melhorias para a efetivação da intersetorialidade entre o SUS e o SUAS na atenção especializada à população em situação de rua no Distrito Federal.

1.2. Justificativa

Os objetivos deste trabalho foram pensados e desenhados diante do desafio proposto pelo Curso de Especialização em Saúde Coletiva da EFG, qual seja a realização de uma Produção Técnico Científica Aplicada como trabalho de conclusão de curso. No contexto deste desafio, a escolha da intersetorialidade entre o SUS e o SUAS como tema se deu principalmente com base na experiência profissional das estudantes diretamente na atenção a pessoas em situação de rua nas políticas de saúde e assistência social. O exercício de construção de uma proposta de estudo que contemplasse tanto as experiências quanto os interesses de ambas, convergiu na temática da intersetorialidade como central para o trabalho dedicado a PSR. Tendo em vista o contexto e as especificidades que envolvem a atenção a esta população, o presente trabalho se propõe a servir de estímulo à proposição de melhorias para a efetivação da intersetorialidade.

Considerando essas especificidades, o atendimento a PSR constitui-se em um grande desafio para as políticas públicas, exigindo ações articuladas para a conquista de seus objetivos (3). Assim, a intersetorialidade configura-se como uma condição sem a qual, isoladamente, estas políticas estão sujeitas a praticar estratégias sobrepostas, pouco resolutivas, reprodutoras da condição de pobreza, cerceadoras de autonomia e com pouco ou nenhum impacto coletivo na redução das desigualdades sociais e na busca pela equidade. Como destacado por Eustáquia & Guizardi (4),

A marca da intersetorialidade como indutora de superação da fragmentação nas políticas sociais orienta para uma ideia de colaboração, de complementaridade, promovendo um olhar atento às necessidades das populações, reconhecendo as particularidades de sua organização, suas formas de sobrevivência e os reatamentos da questão social em seu cotidiano. (4)

Nesta perspectiva, destaca-se também que o objetivo geral do presente trabalho é justificado a partir do reconhecimento acerca da importância de se compreender a intersetorialidade entre as políticas sociais para que sejam estimuladas de forma constante a construção de propostas para sua efetivação na atenção à população em situação de rua. Tendo em vista o destaque do Sistema Único de Saúde e de Assistência Social, assim como sua relevância neste processo, a compreensão da intersetorialidade entre estes dois sistemas, com foco nas ações das equipes territorializadas de referência em cada um deles, justifica-se pela possibilidade de se ter maior eficiência e concretude na construção de propostas de efetivação.

Na mesma linha de raciocínio, ressalta-se que os objetivos específicos foram construídos com a finalidade de desenvolver o pensamento crítico necessário a uma maior eficiência e concretude na construção de propostas de efetivação da intersetorialidade na atenção à PSR no DF, a partir do entendimento de que a transformação da realidade envolve necessariamente uma melhor compreensão dos elementos que se articulam para sua determinação.

Em relação à utilização das normativas, destaca-se que estas são centrais para a proposição e para a execução das políticas públicas de uma forma geral, uma vez que descrevem princípios, diretrizes, objetivos e dão outras providências que delimitam as políticas e que lhes servem de norte. Situadas em âmbito macro na execução destas políticas, atuam como instrumentos de comunicação entre seus formuladores e seus executores, sejam estes gestores ou trabalhadores. Especificamente no caso das políticas sociais, estas normativas dão visibilidade à forma com que cada uma delas se propõe a atuar na garantia de direitos de cidadania. Neste sentido, o estudo das normativas contribui para este trabalho na medida em que nos permite entender a proposta da política específica para a PSR e das políticas gerais de saúde e de assistência social na busca pela garantia de acesso a estes direitos específicos, bem como a outros direitos de cidadania.

Em relação à observação de equipes territorializadas e especializadas de referência na atenção à PSR do DF, destaca-se sua relevância para o entendimento acerca dos desafios e das potencialidades da realidade local. Entender como se dá a ação territorializada da política voltada para esta população e das políticas gerais dos dois sistemas observados, o SUS e o SUAS, é de suma importância para que se enfrente o desafio de se propor melhorias para a efetivação da intersetorialidade.

Ainda, a ida ao território se mostra como essencial no contexto do Curso de Especialização em Saúde Coletiva, uma vez que a Escola Fiocruz de Governo - EFG "busca, de forma permanente, estabelecer relações com os atores do território, de modo a integrar os problemas reais e o contexto sócio-político, cultural e econômico local, regional e nacional à sua agenda de pesquisa e de educação" (5). A relação com o território valoriza a diversidade cultural e os saberes da prática profissional como elementos importantes para a promoção e o cuidado em saúde (5), sendo de grande valia para a formação profissional das alunas como especialistas em Saúde Coletiva.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O presente trabalho destaca como referenciais teóricos alguns conceitos e autores, conforme se segue:

2.1 Políticas Sociais

Para um melhor entendimento do tema abordado, faz-se necessário compreender de que forma os princípios e diretrizes expressos na noção de seguridade social transformam-se em ações concretas com potencial de promover transformações sociais. Tal tarefa aponta para a necessidade de melhor delimitar o conceito de política social que se configura como “um espaço privilegiado para a transformação social” (6), em que diferentes atores envolvidos se enfrentam e reconstituem suas identidades. A partir de seus campos de práticas, de conhecimentos e de serviços, estas políticas têm a capacidade de transformar as relações de poder. Segundo Fleury (6), muito mais que simplesmente um instrumento para possibilitar o acesso a um bem ou serviço (cesta básica, escola etc.), são poderosos mecanismos para forjar a sociedade que se quer.

Para Pereira (7), a política social é compreendida como

produto da relação dialeticamente contraditória entre estrutura e história e portanto, de relações entre capital x trabalho, Estado x sociedade e princípios da liberdade e da igualdade, que regem os direitos de cidadania. Sendo assim, a política social se apresenta um conceito complexo que não condiz com ideia pragmática de mera provisão ou alocação de decisões tomadas pelo Estado e aplicadas verticalmente na sociedade. (7)

É nesse contexto de correlação de forças e conflitos envolvendo grupos sociais com interesses diversos que se desenvolvem as políticas sociais centrais na efetivação dos direitos à saúde e assistência social, os Sistema Único de Saúde - SUS e o Sistema Único de Assistência Social - SUAS.

No caso da saúde, o reconhecimento como direito de todos e dever do Estado, a partir da Constituição Federal de 1988, provocou mudança significativa no modelo até então priorizado de seguro social, representado pela medicina previdenciária, ampliando assim a própria concepção de direito à saúde. Na assistência social, a inédita aquisição do status de política pública e o conseqüente reconhecimento da área como de responsabilidade do Estado abriu espaço para o rompimento com a trajetória assistencialista (2).

Apesar dos grandes avanços observados na construção do SUS e do SUAS, é presente em muitos estudos da área o entendimento de que o sistema de seguridade social, entendido como conjunto integrado de ações, não foi, de fato, implementado (2). Em relação a isto, Monnerat e Souza (2) evidenciam um processo de abandono da ideia de seguridade social e de desarticulação da área social com repercussões negativas para as políticas, principalmente devido a constituição de trajetórias, dispositivos de gestão e implementação, fontes de financiamento, interesses políticos e capacidade de mobilização, organização e resistência diversas.

Fica claro assim, a essencialidade de pensar os desafios que se colocam para efetivação da seguridade como política social a partir de uma maior integração entre seus eixos, principalmente a saúde e a assistência social, que tem como um de seus princípios a universalidade na garantia de direitos.

2.2. Proteção Social, cuidado integral e intersetorialidade

Pensar a integração dos dois sistemas no âmbito da seguridade social, requer ainda a reflexão acerca dos conceitos que orientam as políticas e que apontam para necessidade de maior articulação entre elas em vista do alcance de seus objetivos.

No que se refere à proteção social, foi possível observar na bibliografia consultada que existem duas formas principais de se pensar o conceito. Uma delas, mais ampliada, traz a proteção social enquanto estratégia do Estado para lidar com as expressões da questão social, podendo adquirir contornos diversos a depender do contexto social, político e econômico. Nesse sentido, todas as políticas da seguridade promoveriam a proteção social, na medida em que se configuram como resposta do Estados às questões de interesse da sociedade. Sposati (8) aponta para a essência humana e política da proteção social, que vai adquirir contornos diversos a depender dos valores constituídos socialmente.

A outra forma de se pensar o conceito da proteção social a traz como uma política específica, normalmente conectada com os objetivos das políticas de previdência e de assistência social. Segundo esta forma de pensar, enquanto a previdência oferece proteção para o trabalho formal, a assistência social, não contributiva, oferece proteção para quem dela necessitar. Em vários documentos oficiais o termo é utilizado com maior frequência relacionado à política de assistência social, que tem o termo proteção social expresso na Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS - como um de seus objetivos. O sítio oficial do Ministério da Cidadania mostra claramente a relação da assistência social com a proteção social quando define que:

A Assistência Social, por meio da Proteção Social Básica e Especial, visa a ofertar um conjunto de programas, serviços, projetos e benefícios com o objetivo de prevenir, proteger e enfrentar situações de vulnerabilidade e risco, além da promoção e defesa de direitos. As ações desenvolvidas buscam articular as transferências de renda com os serviços socioassistenciais na perspectiva de oferecer mais oportunidades e possibilidades de desenvolvimento da autonomia de indivíduos, famílias e comunidades. (9)

Ambas as formas de apresentação do conceito estão presentes neste trabalho, vez que elas não são divergentes, apenas apresentam enfoques diferentes e importantes para abordar o tema de interesse. No que se refere ao entendimento mais específico, a utilização no trabalho fará referência à proteção social enquanto estratégia de implementação da política de assistência social no âmbito do Sistema Único de Assistência Social para efetivação de direitos de cidadania. Justamente por se configurar como um dos principais objetivos desta

política, tem-se o entendimento da dimensão do desafio de efetivar a proteção social de sujeitos em situação de vulnerabilidade social.

Já no contexto do SUS, o conceito de integralidade, que está contido na expressão cuidado integral, é de extrema importância para se pensar a construção da seguridade a partir da perspectiva ampliada de saúde. Aqui este conceito é percebido como um princípio que visa a concretização do direito à saúde por meio de processos que garantam o desenvolvimento e a sustentabilidade do sistema de saúde, assim como a interação deste com a sociedade (10).

Tanto o conceito de proteção social, quanto o de integralidade apontam para a complexidade dos objetivos e dos desafios colocados para a seguridade social. Demonstram ainda que há muitas convergências entre os objetivos propostos para os sistemas de saúde e de assistência social, deixando clara assim a importância da intersetorialidade para alcance desses objetivos.

Sobre o conceito de intersetorialidade, Akerman, Franco, Moyses, Resende e Rocha (11) afirmam que se constitui como:

dispositivo para propiciar encontros, escuta e alteridades, além de ajudar a explicitar interesses divergentes, tensões e buscar (ou reafirmar a impossibilidade) de convergências possíveis. E, que também possa evitar duplicidade de ações e buscar integrações orçamentárias para projetos prioritários, articular recursos, ideias e talentos. (11)

As mesmas autoras também salientam a importância de que ações intersetoriais não se constituam somente como experiências na gestão e sim como práxis de governo. O entendimento de intersetorialidade aqui expresso não passa pela realização de ações fragmentadas e esparsas, mas sim pela articulação proveniente da noção de integralidade do sujeito e da coletividade das demandas. Isto é, falamos de objetivos comuns, planejamentos e avaliações conjuntas, ações sincronizadas e complementares, em consonância com as necessidades e demandas da população, bem como com a participação desta nos processos decisórios.

No que se refere às pessoas em situação de rua, suas historicidades e realidades simbólicas apontam para uma situação de vulnerabilidade estrutural que impacta significativamente no processo saúde-doenças e no acesso a direitos de cidadania. A complexidade do fenômeno aponta para a necessidade de respostas também complexas, e este é o desafio colocado para a seguridade social. Se por um lado, atuar com questões sociais

complexas como saúde e proteção social no sistema capitalista é um grande desafio e exige articulação para garantia de integralidade, quando falamos de populações vulnerabilizadas essa necessidade torna-se ainda mais pungente. Neste contexto a intersectorialidade configura-se como um importante instrumento, sem o qual os setores, isoladamente, possuem grande probabilidade de praticar estratégias sobrepostas e pouco resolutivas.

2.3 Direito à Saúde à Assistência Social

O padrão de proteção social que prevaleceu até o final da década de 80, antes da Constituição de 1988, combinava um modelo de seguro social na área previdenciária com um modelo assistencial para a população sem vínculos trabalhistas formais. Ambos os sistemas haviam sido organizados e consolidados entre as décadas de 30 e de 40, tendo sido reforçados durante o regime burocrático-autoritário instaurado em 1964 pelos militares. Constituíam-se como sistemas centralizados, fragmentados, ineficientes, superpostos e submetidos à uma lógica clientelista (6).

A partir de meados dos anos 70, ainda durante o regime burocrático-autoritário, começou-se a observar no contexto brasileiro um período de tentativas de reformas do sistema de proteção social, visando garantir maior racionalidade e capacidade de resposta às demandas sociais que já se apresentavam com força neste cenário de complexificação do tecido social e de transição democrática (6).

Fleury (6) também destaca que, neste período, a luta pela democratização das políticas, antes confinadas às universidades, aos partidos clandestinos e aos movimentos sociais, começa a adquirir novas características e estratégias, passando cada vez mais a ser localizada no interior do próprio estado. A partir das experiências inovadoras desenvolvidas pelas prefeituras oposicionistas eleitas em 1974, por exemplo, foi possível colocar em prática novos desenhos e modelos de gestão de políticas sociais, de caráter universalista e participativo. Neste contexto, os partidos políticos opositores ao regime vigente passaram a tomar a problemática social como parte de suas plataformas e de projetos de construção de uma sociedade democrática. O resgate da dívida social passou a ser um tema central da agenda da democracia destes partidos, que tiveram nesta época um crescente fortalecimento de sua capacidade técnica (6).

A partir do fim do regime burocrático-autoritário em 1985 e do longo período de restrição de direitos imposto por ele, a nova Constituição Federal que estava sendo construída em Assembléia Nacional Constituinte em meio ao contexto de redemocratização do país tinha o desafio de apresentar ao povo brasileiro inovações em termos de garantia de direitos. Desta forma foi promulgada em 1988 com o compromisso expresso de:

instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias. (12)

Neste contexto os constituintes deram aos direitos e garantias fundamentais um destaque inovador na nova carta magna, posicionando-os antes mesmo da estruturação do Estado, como ocorria nas constituições anteriores. Nesta nova carta, apelidada de “Constituição Cidadã”, os legisladores reservaram o artigo 5º aos direitos e deveres individuais e coletivos e lhes conferiram o status de cláusulas pétreas, impedindo que fossem abolidos por meio de emendas constitucionais. Em seguida no texto constitucional, reservaram o artigo 6º aos direitos sociais, incluindo expressamente em uma lista não exaustiva: a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados.

Ainda, a Constituição Federal de 1988 trouxe inovações no decorrer de seu texto estabelecendo mecanismos sociais e políticos de organização da atuação do Estado para a garantia dos direitos nela expressos. Em seu artigo 194 previu “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (12). Este conjunto integrado de ações foi denominado “seguridade social” e representou a introdução no arcabouço legislativo de uma nova noção de direitos sociais.

A partir do compromisso de reconhecer cada brasileiro como sujeito de direitos, a concepção de “seguridade social” foi incorporada como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania (13). Neste contexto, além de se ter reforçada e ampliada a previdência social como direito dos trabalhadores com vínculo formal de trabalho, que constitui o braço contributivo da seguridade, também foram reconhecidas a assistência social e a saúde como

direitos independentes da vinculação com a situação de trabalho. A assistência social passou a ser direito de *“quem dela necessitar, independente de contribuição à seguridade social”*, e a saúde foi constituída como *“direito de todos e dever do estado”* (12).

A nova noção estabelecida passou então a afirmar o dever do Estado e a propor que houvesse integração das estruturas governamentais e afrouxamento dos vínculos entre contribuições e beneficiários para uma cobertura universal dos serviços sociais a partir das necessidades. O novo padrão constitucional da política social passou a estabelecer também uma perspectiva publicista de co-gestão governo/sociedade a partir de um arranjo organizacional descentralizado e da subordinação das práticas privadas à regulação em função da relevância pública das ações e serviços (6).

A partir do Modelo de Seguridade Social estabelecido pela nova Constituição de 1988, definiu-se que:

A organização dos sistemas de proteção social deveria adotar o formato de uma rede descentralizada, integrada, com comando político único e um fundo de financiamento em cada esfera governamental, regionalizada e hierarquizada, com instâncias deliberativas que garantissem a participação paritária da sociedade organizada, em cada esfera governamental. (6)

Neste contexto, passou-se ao desafio da formulação das leis orgânicas de cada setor, que complementariam o arcabouço legal a partir da definição de condições concretas pelas quais os princípios constitucionais e as diretivas organizacionais iriam materializar-se.

Em 1990 foram promulgadas as Leis nº 8080 e nº 8142, que na área da saúde passaram a regular as ações, a organização e o funcionamento dos serviços, dispondo sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, sobre a alocação dos recursos financeiros e sobre a estrutura dos conselhos e das conferências de saúde. Cinco anos depois foi promulgada a Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (Lei nº 8742/93), que instituiu o Sistema Único de Assistência Social - SUAS e o Conselho Nacional de Assistência Social, responsável pela política nacional e pela gestão do fundo nacional de assistência social.

Em seguida, foram publicadas e editadas as Normas Operacionais Básicas, que passaram a estabelecer normas e procedimentos para funcionamento dos dois sistemas - SUS e SUAS; e as Políticas Nacionais, que organizam os sistemas e subsistemas a partir das diretrizes, princípios, arcabouço teórico e contextualização. As políticas específicas para pessoas em situação de rua e os documentos técnicos específicos para serviços especializados

neste público surgiram pouco depois, principalmente a partir de uma maior mobilização de movimentos sociais da área a sob a perspectiva da equidade.

A partir do reconhecimento da existência de uma cultura própria da rua e da organização de movimentos sociais formados por pessoas deste segmento populacional e de outros da sociedade civil que as apoia, começou-se a se destacar a necessidade de políticas públicas que superassem abordagens mantenedoras da invisibilidade de suas reais necessidades. Neste contexto, foram realizados no início dos anos 2000 no Brasil dois Encontros Nacionais da População em Situação de Rua que culminaram na implantação, em 2009, da Política Nacional para esta população (12). A partir deste momento, a atenção às pessoas em situação de rua por parte do Estado passou a se firmar sobre bases mais sólidas, dando continuidade ao complexo processo de retirada desta população da situação de invisibilidade no tocante ao reconhecimento como sujeito de direitos (14).

2.4 População em Situação de Rua – PSR

A existência de pessoas em situação de rua é um fenômeno que ocorre em nível mundial e que tem suas bases principalmente nas transformações econômicas, políticas e sociais que acometem as grandes metrópoles desde a formação destas (3). No Brasil, como destacado por Bursztyn e Araújoⁱ, é possível observar em uma perspectiva histórica, a partir dos dados macroestruturais e conjunturais das décadas de 70, 80 e 90, relações entre as transformações socioeconômicas e o surgimento do fenômeno “população de rua”, tal como se configura hoje.

O fenômeno estaria desde o início associado a um amplo processo de exclusão social, sendo este, segundo Escorelⁱⁱ, formado por “trajetórias de vulnerabilidade, fragilidade ou precariedade e até ruptura dos vínculos nas dimensões sociofamiliar, do trabalho, das representações culturais, da cidadania e da vida humana”. Este mesmo autor, tendo como referência a cidade do Rio de Janeiro, atribuiu ao final da década de 1980 o surgimento de grupos morando nas ruas e o crescimento do número de pessoas em situação de rua, quando

ⁱ BURSZTYN, M.; ARAÚJO, C. H. Da utopia à exclusão: vivendo nas ruas em Brasília. Rio de Janeiro: Garamond, 1997 apud (3)

ⁱⁱ ESCOREL, S. Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999 apud (3)

sua presença passou a ser percebida não só como inoportuna mas, principalmente, como ameaçadora.

Estas pessoas e grupos, historicamente tratados como excedente populacional trazem a marca ideológica do descarte social e vivem em condições de vida precárias. Vitimizadas por problemas sociais estruturais, têm sua situação agravada pela contínua permanência em condições insalubres, sujeitas à violência e, em muitos casos, sob a ação contínua de álcool e outras drogas (3). De uma forma geral enfrentam dificuldades em acessar direitos básicos de cidadania como habitação, alimentação, trabalho, higiene e saúde, formando uma população caracterizada como extremamente vulnerável (15). Como observado por Escorelⁱⁱⁱ, as “vulnerabilidades ocupacionais e de rendimentos” nesta população também se associam a “outras fragilidades de ordem habitacional, afetiva, de aumento da exposição à discriminação e à violência”.

Neste contexto, é importante ressaltar que viver na rua não significa a eliminação total do trabalho ou o impedimento à subsistência, mas envolve o desenvolvimento de novos códigos e de formas específicas de garantia da sobrevivência. Como destacado por Varanda & Adorno (3), é possível ser observada a existência de uma cultura própria da rua. Mesmo vindo de diferentes localidades e com diferentes bagagens para enfrentar as adversidades, esta cultura vem sendo desenvolvida com o passar das gerações a partir do estabelecimento de convenções e de sistemas de organização distintos daqueles observados em outros grupos sociais. Para aquelas pessoas que não nasceram nesta cultura, entrar nela implica em negociar a identidade em um contexto liminar, desenvolvendo um processo compensatório em relação às perdas e começando a usar recursos de sobrevivência até então ignorados. Neste processo há a assimilação de novas formas de organização que permitem a satisfação das necessidades e a superação dos obstáculos que a cidade apresenta, sendo construído um novo modo de vinculação ao contexto urbano. (3)

2.5 Instrumentos Institucionais dedicados à atenção às PSR no SUS e SUAS

Especificamente na atenção à população em situação de rua, estão previstos dentro destes dois Sistemas alguns instrumentos institucionais de referência e territorializados. Estes

ⁱⁱⁱ ESCOREL, S. Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999 apud (3)

instrumentos específicos possuem de forma geral o objetivo de garantir e defender direitos de cidadania da PSR, permitindo e/ou facilitando o acesso aos diversos serviços ofertados especificamente a ela e/ou à população em geral. Dentre estes instrumentos, existem aqueles que são geridos inteiramente pela administração direta e aqueles que são geridos por instituições privadas, responsáveis por prestar serviço público.

No âmbito do SUS, as equipes Consultório na Rua se dedicam a atenção das necessidade de pessoas em situação de rua. Estas são instituídas normativamente pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e consistem em equipes multiprofissionais destinadas a oferecer atenção integral *in loco* à saúde das pessoas em situação de rua (16). Devem realizar as atividades em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território, utilizando as instalações desta unidade quando necessário. Também devem realizar ações compartilhadas e integradas com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário (16). A partir da atuação frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da PSR, devem promover a articulação da rede de serviços no sentido de efetivar a coordenação do cuidado (16).

Segundo descrito no Manual Sobre o Cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua (16), poderão compor as equipes de Consultórios na Rua as seguintes profissões constantes do Código Brasileiro de Ocupações – CBO: Enfermeiro; Psicólogo; Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Médico, Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e Técnico em Saúde Bucal. As equipes poderão ser constituídas de acordo com três diferentes modalidades pré-estabelecidas pelo MS, sendo que a composição de cada modalidade deve ter no máximo dois profissionais da mesma profissão, seja ele de nível superior ou de nível médio.

Ainda no âmbito do SUS é importante ressaltar que o atendimento à PSR não é exclusivo do Consultório na Rua (CnaR), devendo este ser realizado também pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e por todos os outros serviços destinados ao público em geral (16).

No SUAS, existem diversos serviços voltados para a atenção à PSR, seja de forma específica ou articulada com atenção a outros públicos. São os serviços do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua - Centro Pop, equipes de Abordagem Social e as instituições de acolhimento (17). No DF o Centro POP é totalmente gerido pela administração direta; os serviços de acolhimento possuem unidades tanto

vinculadas à administração direta quanto a instituições filantrópicas. O serviço de abordagem social funciona inteiramente por meio de parceria com Instituto privado de interesse social.

Os Centros Pop se constituem como unidades de referência para o atendimento à PSR e integram a Proteção Social Especial de Média Complexidade (14). Previstos normativamente na PNPSR e na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, constituem-se como de caráter público e estatal, sendo responsáveis por ofertar o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua. Atende a jovens, a partir de 18 anos, adultos, idosos e famílias que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência. Segundo Orientações Técnicas publicadas pelo MDS em 2011:

As ações desenvolvidas pelo Centro POP e pelo Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua devem integrar-se às demais ações da política de assistência social, dos órgãos de defesa de direitos e das demais políticas públicas - saúde, educação, previdência social, trabalho e renda, moradia, cultura, esporte, lazer e segurança alimentar e nutricional - de modo a compor um conjunto de ações públicas de promoção de direitos, que possam conduzir a impactos mais efetivos no fortalecimento da autonomia e potencialidades dessa população, visando à construção de novas trajetórias de vida. (14)

O atendimento especializado a PSR nos municípios que possuem Centro POP deve ser realizado pelos Centros de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS. Dar-se-á por meio da oferta do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), em articulação com o Serviço Especializado em Abordagem Social e os Serviços de Acolhimento. (14)

Cabe ressaltar que conforme avaliação e planejamento prévio da gestão local, o Centro POP poderá também ofertar o Serviço Especializado em Abordagem Social. Conforme descrito no documento técnico do MDS anteriormente citado (14), este serviço, igualmente tipificado no escopo de atuação da Proteção Social Especial de Média Complexidade,

representa importante recurso para a identificação de pessoas em situação de rua ao possibilitar que a oferta de atenção especializada a esse segmento seja iniciada no próprio contexto da rua, viabilizando intervenções voltadas ao atendimento de necessidades mais imediatas e à vinculação gradativa aos serviços socioassistenciais e à rede de proteção social. (14)

3 PERCURSO METODOLÓGICO

A partir da delimitação do objetivo geral e dos objetivos específicos, a construção deste trabalho se deu em duas etapas de coleta de dados, respectivamente:

- Etapa 1 - Análise Documental das Normativas - pensada a partir do objetivo específico de identificar se e como as normativas e diretrizes dos dois sistemas estabelecem ou estimulam ações intersetoriais; e
- Etapa 2 - Visita Técnica nos Serviços Especializados do DF - pensada a partir do objetivo específico de entender o funcionamento da atenção especializada à PSR no DF a partir da observação de equipes territorializadas de referência no SUS e no SUAS.

Em cada uma destas etapas, ao final, foi feita discussão específica em dupla para o compartilhamento de percepções sobre o processo de coleta e para o destaque de pontos relevantes nos dados coletados, a partir de comparação com a literatura. Concluídas as duas etapas de coleta e as discussões específicas relativas a elas, partiu-se para a discussão geral dos dados, com vistas ao objetivo específico de relacionar os conhecimentos obtidos a partir da análise de normativas com as observações das práticas no território.

Durante todo o processo de coleta e discussão de dados, as estudantes mantiveram-se focadas também no objetivo específico de “contribuir para a proposição de melhorias para a efetivação da intersetorialidade entre o SUS e o SUAS na atenção especializada à população em situação de rua no DF”. Com vistas à consecução deste objetivo, foram realizadas leituras e encontros periódicos em dupla para reflexão conjunta.

Em relação a estes encontros para reflexão e discussão em dupla, destaca-se sua característica multidisciplinar, uma vez que uma das estudantes é graduada em psicologia e que a outra é graduada em serviço social. Esta característica constitui-se como rica possibilidade de troca a partir de diferentes olhares direcionados ao mesmo problema. Além disto, uma das estudantes trabalha no âmbito do SUS e a outra teve experiência de trabalho no âmbito do SUAS, o que amplia ainda mais as possibilidades de compartilhamento de diferentes olhares.

Tendo em vista o panorama geral acima descrito, acerca da linha metodológica utilizada neste estudo, são apresentadas abaixo de forma mais detalhada as duas etapas de coletas de dados e o percurso metodológico específico de cada uma delas.

3.1 Análise Documental

Com objetivo de identificar se e como as normativas e diretrizes dos dois sistemas estabelecem ou estimulam ações intersetoriais, foram revisitadas e analisadas, sob perspectiva da intersectorialidade, as principais normativas e orientações técnicas do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Assistência Social, bem como dos serviços especializados na atenção à saúde e proteção social de pessoas em situação de rua - equipes Consultório na Rua e Centros pop respectivamente. Destaca-se que a escolha pela análise documental das normativas se deu a partir do entendimento de que esta metodologia de pesquisa, como salientado por Cellard^{iv}, “favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros”. Sá-Silva et al (18) ressaltam que a riqueza de informações extraídas dos documentos possibilita ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural.

Sobre a pesquisa em documentos, Fontelles et al (19) afirmam que “é uma valiosa técnica de coleta de dados qualitativos”. Segundo estes autores e outros citados por eles, esta técnica assemelha-se à pesquisa bibliográfica, diferenciando-se desta por se utilizar de fontes que não receberam ainda qualquer tipo de análise crítica. Referindo-se a esta comparação com a pesquisa bibliográfica, Sá-Silva et al (18) afirmam que

o elemento diferenciador está na natureza das fontes: a pesquisa bibliográfica remete para as contribuições de diferentes autores sobre o tema, atentando para as fontes secundárias, enquanto a pesquisa documental recorre a materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou seja, as fontes primárias. (18)

Em relação ao percurso metodológico da pesquisa documental Sá-Silva et al (18) destacam que a ritualística necessária envolve inicialmente a processo de localização dos textos pertinentes e de avaliação de sua credibilidade, assim como de sua representatividade. Em relação a esta fase inicial de escolha e de preparo dos documentos, que antecede a análise em si de seu conteúdo, os autores afirmam ser fundamental ter cautela e olhar crítico.

^{iv} Cellard A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008. (Citado em Sá-Silva et al, 2009) apud (18)

Nesta perspectiva foram priorizadas no presente trabalho normativas a partir de dois critérios de escolha: aquelas que fornecessem um panorama geral acerca da organização dos sistemas; e/ou aquelas que fornecessem os caminhos e diretrizes para o atendimento de pessoas em situação de rua no âmbito dos serviços especializados e da rede de saúde e de assistência social como um todo. A partir da escolha das normativas, a definição dos documentos de referência a serem utilizados se deu por meio da observação do critério atualização, segundo o qual foram selecionados aqueles de publicação mais atualizada. A seguir, **Quadro 1** com a lista de normativas escolhidas e seus respectivos documentos de referência.

QUADRO 1: NORMATIVAS E SEUS RESPECTIVOS DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Normativa (Nome Usual)	Documento de Referência
Lei Orgânica do SUS	Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (21)
Lei Orgânica da Assistência Social	Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. (22)
Norma Operacional Básica da Saúde – NOB/SUS	Portaria nº 2.203 do Ministério da Saúde, de 6 de novembro de 1996. (23)
Norma Operacional do Sistema Único de Assistência Social – NOB/SUAS	Resolução nº 33 do Conselho Nacional de Assistência Social, de 12 de dezembro de 2012. (24)
Política Nacional de Assistência Social	Resolução nº 145 do Conselho Nacional de Assistência Social, de 15 de outubro de 2004. (25)
Política Nacional de Promoção da Saúde	Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2 do Ministério da Saúde, de 28 de setembro de 2017. (26)
Política Nacional de Atenção Básica	Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2 do Ministério da Saúde, de 28 de setembro de 2017. (26)
Política Nacional para Pessoas em Situação de Rua	Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. (28)
Tipificação dos Serviços Socioassistenciais	Resolução nº 109 do Conselho Nacional de Assistência Social, de 11 de novembro de 2009. (17)
Orientações técnicas: Centro Pop e serviço especializado para PSR	Publicação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, de 2011. (14)
Regulamento da Política Nacional para a População em Situação de Rua	Anexo XVI da Portaria de Consolidação nº 2 do Ministério da Saúde, de 28 de setembro de 2017. (26)
Manual sobre Cuidado à Saúde junto às pessoas em Situação de Rua.	Publicação do Ministério da Saúde, de 2012. (16)

Fonte: produção das próprias autoras.

Após a escolha pelas normativas e pelos documentos de referência a serem utilizados, passou-se para a análise propriamente dita. Sobre este segundo momento da pesquisa em documentos Sá-Silva et al (18) destacam que os dados precisam ser coletados, organizados e interpretados coerentemente segundo a estrutura teórica priorizada pelo pesquisador e segundo a temática ou o questionamento inicial da pesquisa. Estes autores afirmam ainda que o investigador (ou pesquisador) deve interpretar os dados, sintetizar as informações, determinar tendências e, na medida do possível, fazer inferências. May^v ressalta que “os documentos não existem isoladamente, mas precisam ser situados em uma estrutura teórica para que o seu conteúdo seja entendido”.

Nesta perspectiva, a coleta, a organização e a análise dos dados das normativas no presente trabalho se deu em dois passos. O **primeiro passo** constituiu-se em caracterização básica das normativas por meio de coleta de dados acerca de suas datas de publicação e objetivos. Este primeiro passo se deu pelo entendimento das estudantes acerca da importância da referenciação temporal e da identificação dos objetivos de cada normativa para que se possa iniciar o estudo acerca da construção sócio-histórica e política do SUS e do SUAS. Ressalta-se que este entendimento é de suma importância para que se compreenda o momento atual e para que se desenvolva um olhar crítico e estratégico na proposição de melhorias para a efetivação da intersetorialidade no DF.

O **segundo passo** constituiu-se na busca pelo tema da intersetorialidade especificamente. A escolha dos documentos normativos específicos para a análise foi feita com base na priorização de suas versões mais recentes. A sequência lógica seguida na busca foi dos conteúdos mais abrangentes e gerais aos componentes mais técnicos e específicos da atenção à PSR. A investigação nos documentos se deu por meio dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS , da Biblioteca Virtual de Saúde - BVS - pelos seguintes termos: “intersetorialidade”, e seus sinônimos; “intersetorial”; “intersetoriais”, “setorial”, “setores” e o termo “articulação”, que aparece em diversos documentos com sentido explícito de articulação entre diferentes setores sociais, seus órgãos, ações, instituições, políticas e/ou serviços. Ainda, foi realizada a busca pelo termo “saúde”, nos documentos da SUAS, e “Assistência Social”, “Proteção Social” e “Vulnerabilidade Social” nos documentos do SUS, a fim de observar as especificidades de interação entre os dois sistemas.

^v May T. Pesquisa social: questões, métodos e processo. Porto Alegre, Artmed, 2004. (Citado em Sá-Silva et al, 2009) apud (18)

3.2 Visitas Técnicas

Com o objetivo de entender o funcionamento da atenção especializada à população em situação de rua no DF a partir da observação de equipes territorializadas de referência no SUS e no SUAS, foi pensada para a segunda etapa deste trabalho a realização de visitas técnicas às equipes de Consultório na Rua e aos Centros Pop atuantes no território. A escolha por estes serviços se deu a partir de revisão bibliográfica e documental, que demonstrou serem estas estratégias específicas, no âmbito do SUS e do SUAS, respectivamente, aquelas que possuem mais produções científicas e documentos orientadores, o que permite uma visão mais ampliada sobre o objeto. Também foram consideradas as experiências das estudantes no trabalho com pessoas em situação de rua e a trajetória desses serviços no Distrito Federal.

A relevância desta etapa se justifica pela necessidade de se construir uma visão que parta da realidade dos territórios para transformação dos processos que impactam nas condições de saúde e realidade social.

O primeiro passo desta etapa foi a pesquisa em referências bibliográficas que pudessem orientar o planejamento das visitas técnicas. A escolha por esta metodologia de pesquisa se deu pelo fato de se constituir como importante ferramenta para o conhecimento, a observação e avaliação da estrutura e do funcionamento dos serviços (20). É destacado que sua utilização permite tanto a comparação do que é observado com legislações e normas, quanto a troca de informações e a vivência de situações reais no contexto de ensino-aprendizagem (20).

Ainda neste primeiro momento da Etapa 2, escolheu-se como referencial teórico para as visitas técnicas a publicação de **Dutra, Badaró e Farah (20)**. Estas pesquisadoras definem a metodologia em questão como uma ferramenta com a finalidade de “fornecer uma visão geral sobre os aspectos operacionais, funcionais e de instalações físicas da instituição para os mais diversos fins” e sugerem algumas técnicas para operacionalização. Ressaltam a necessidade de planejamento, a partir da escolha das instituições, das necessidades de ensino-aprendizagem e dos objetivos propostos pelo curso. A partir das técnicas apresentadas pelos autores, foram constituídos os passos seguintes desta etapa, descritos a seguir.

O segundo passo desta etapa então consistiu na escolha dos serviços específicos a serem visitados. Seguindo-se as orientações de nossa referência teórica, foram considerados para a escolha das instituições os objetivos do Curso de Especialização em Saúde Coletiva, as bibliografias e os documentos sobre o tema, consultados durante a elaboração do projeto de

PTCA. Com base nestas orientações, como citado anteriormente, foram escolhidos os serviços de Consultório na Rua e de Centro Pop. De forma mais específica, para o contexto do DF, observou-se que estes serviços no território totalizavam 5, distribuídos em 3 regiões de saúde: central, leste e oeste. Pelo fato de a totalidade destes serviços não ser extensa, optou-se por visitar todos eles. Para esta escolha destacou-se ainda a possibilidade ampliada de observar os aspectos intersetoriais em situações diversificadas, visto que os serviços estão distribuídos por diferentes regiões.

Concluído o passo de escolha dos serviços, passou-se para o seguinte, que consistiu na elaboração de cartas aos serviços para apresentação das estudantes e para solicitação de autorização para as visitas. Em relação a este momento da Etapa 2, **Dutra, Badaró e Farah (20)** afirmam que devem ser considerados os ritos e protocolos da instituição. Neste sentido, as cartas de solicitação foram enviadas oficialmente pela Escola Fiocruz de Governo de Brasília, e após a autorização dos serviços, as visitas foram agendadas.

O próximo passo, segundo a orientação das autoras, constituiu-se em elaboração de roteiro para as visitas. Sobre este passo, **Dutra, Badaró e Farah (20)** orientam que deve ter como base as vivências das estudantes, as legislações vigentes e os demais documentos e instrumentos que apoiem a observação. Nesta perspectiva foi elaborado para o presente trabalho um roteiro em conjunto com a orientadora. Este foi construído a partir das experiências das estudantes e da orientadora, das normativas e também das bibliografias selecionadas sobre o trabalho intersetorial e a atenção às pessoas em situação de rua. Em sua estrutura, apresenta como ponto de partida para as visitas a observação a respeito de aspectos gerais do serviço: instalações, organização do espaço, divisão de salas, espaços de convivência, espaços destinados aos profissionais, espaços de acolhimento e atendimento. Além destas observações gerais, apresenta ainda a definição de 3 eixos orientadores para observações específicas durante as visitas:

Eixo 1: Organização do Trabalho no Território

- Espaço físico, estrutura e localização no território
- Composição das equipes e processos de trabalho

Eixo 2: Cuidado com a pop rua

- Principais demandas
- Formas de acesso e busca ativa

Eixo 3: Intersetorialidade

- Trabalho em rede
- Especificidades na interação entre SUS e SUAS

- Desafio para efetivação

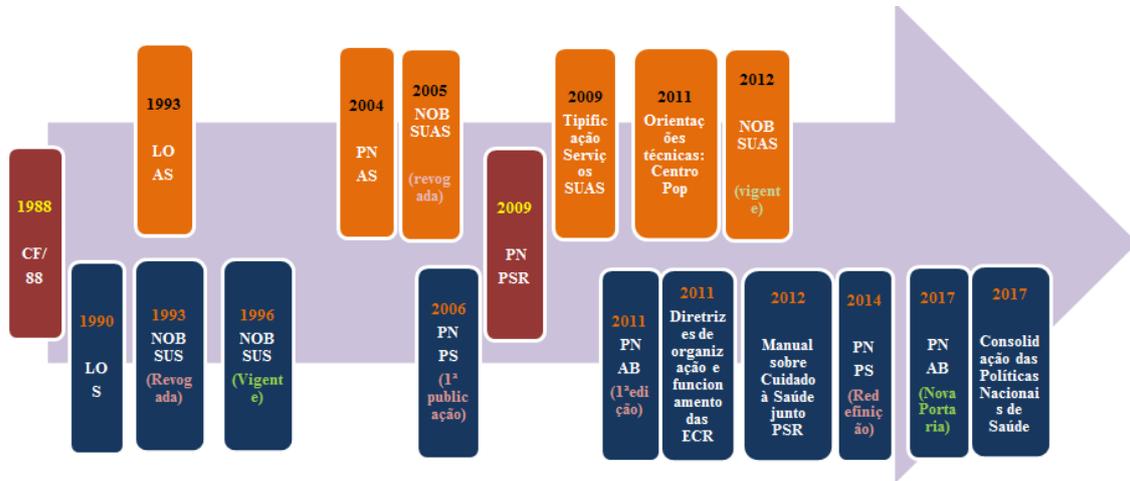
Em conclusão a esta etapa de coleta de dados, o último passo constitui-se na realização propriamente dita das visitas. Em relação a esta etapa, as autoras de referência afirmam que, após autorização, o grupo é recebido por um profissional designado para a tarefa (20). No caso do presente trabalho, de acordo com o que as autoras colocam, as estudantes foram recebidas por profissionais designados pelos serviços.

Todas as visitas foram realizadas em dupla, sendo esta constituída na maioria das vezes pelas duas autoras deste trabalho. A única exceção em relação à dupla foi na realização das visitas à Região Central, quando convidou-se uma colega de curso para acompanhar a estudante Carina. A opção por se fazer o convite se deu pelo fato de a estudantes Carolina trabalhar no Consultório na Rua do Plano Piloto. Para evitar que esta observasse seu próprio local de trabalho, fizemos o convite aos colegas de turma para identificar voluntários. Prontamente a colega Élika se ofereceu para contribuir com o trabalho e acompanhou a estudante Carina nas visitas ao Consultório na Rua do Plano Piloto e ao Centro Pop Brasília. Em todas as visitas foram anotadas observações para posterior consulta. Estas anotações foram feitas tanto durante, quanto logo após o processo de visita, quando foram realizadas conversas em dupla para o destaque de pontos relevantes na observação.

A realização das visitas técnicas respeitou princípios éticos de não exposição dos sujeitos envolvidos e não divulgação de informações sensíveis e confidenciais. O fato de uma das estudantes fazer parte de uma das equipes estudadas, facilitou o processo de aproximação e abertura institucional. O roteiro foi utilizado com o intuito de orientar a observação, as falas foram conduzidas pelos trabalhadores a partir de informações básicas sobre o serviços e processos de trabalho.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fim iniciar a exposição de resultados e a discussão, assim como de facilitar o entendimento acerca dos contextos e dos objetivos das normativas priorizadas, foram construídos a Figura 1 e o Quadro 2, apresentados a seguir. A **Figura 1** ilustra a linha do tempo que situa as normativas a partir do marco da promulgação da CF88, enquanto o **Quadro 2** apresenta informações básicas dos documentos (anos de publicação/atualização e objetivos primordiais expressos).

FIGURA 1: LINHA DO TEMPO DAS NORMATIVAS

Fonte: produção das próprias autoras.

QUADRO2: INFORMAÇÕES BÁSICAS DOS DOCUMENTOS

Documento	Ano	Objetivo
Lei Orgânica do SUS - Lei nº8080, de 19 de setembro de 1990	1990	Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
Lei Orgânica da Assistência Social – Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993	1993	Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências.
Norma Operacional Básica da Saúde – NOB/SUS Portaria Nº 2.203, de 6 de novembro de 1996	1996	Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde.
Norma Operacional do Sistema Único de Assistência Social – NOB/SUAS Resolução CNAS nº 33, de 12 de dezembro de 2012	2012	Disciplina a gestão pública da Política de Assistência em todo território brasileiro.
Política Nacional de Assistência Social – Resolução nº 145 do CNAS	2004	Objetiva incorporar as demandas presentes na sociedade brasileira no que tange à responsabilidade política, objetivando tornar claras suas diretrizes na

de 15 de outubro de 2004.		efetivação da assistência social como direito de cidadania e responsabilidade do Estado.
Política Nacional de Promoção da Saúde – Portaria de Consolidação do MS nº 2, de 28 de setembro de 2017	2006 (Aprovação); 2014 (Redefinição); 2017 (Consolidação)	Objetiva promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.
Política Nacional de Atenção Básica – Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017	2011 (Aprovação - com seus efeitos suspensos parcialmente em 2017) ^{vi} 2017 (Aprovação em nova Portaria)	Objetiva desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes condicionantes de saúde das coletividades.
Política Nacional para Pessoas em Situação de Rua – Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009	2009	Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Objetiva, entre outras coisas, assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda.
Tipificação dos Serviços Socioassistenciais - Resolução nº 109, CNAS, de 11 de novembro de 2009	2009	Estabelece normas de padronização em todo território nacional dos serviços de proteção social básica e especial, descrevendo seus conteúdos essenciais, público a ser atendido, propósito de cada um deles e os resultados esperados para a garantia dos direitos socioassistenciais.
Orientações técnicas: Centro Pop e serviço especializado para PSR	2011	Objetiva orientar, em todo o território nacional, a gestão do Centro POP e a oferta qualificada do Serviço.

^{vi} Segundo decisão do Tribunal Regional Federal da 1ª Região, expressa em processo judicial de número 1008504-17.2017.4.01.0000, foi deferida em 2017, a partir de ação ordinária ajuizada pelo Conselho Federal de Medicina - CFM contra a União, a tutela de urgência para a suspensão parcial da Portaria nº 2.488 de 2011, tão somente na parte que permite ao enfermeiro requisitar exames, evitando, assim, que realizem diagnósticos sem orientação médica.

Regulamento da Política Nacional para a População em Situação de Rua - Anexo XVI da Portaria de Consolidação do MS nº 2, de 28 de setembro de 2017	2017	Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, com base na Portaria nº 122 do MS, de 2012 (revogada por consolidação); e Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua, com base em Portaria nº 3305 do MS, de 24 de dezembro de 2009 (Revogada por consolidação)..
Manual sobre Cuidado à Saúde junto às pessoas em Situação de Rua, Ministério da Saúde 2012	2012	Objetiva instrumentalizar os profissionais de saúde da atenção básica, na perspectiva da promoção do cuidado à população em situação de rua no cotidiano da sua prática profissional, para a ampliação e construção de novas formas de atuação frente aos problemas de saúde dessa população

Fonte: produção das próprias autoras.

4.1 Previsão normativa de intersetorialidade no SUS e no SUAS

O SUS e o SUAS são sistemas irmãos. Estruturados a partir do processo de redemocratização e da Constituição Federal de 1988, apresentam princípios, diretrizes, e dispositivos de gestão semelhantes. Partindo da primazia da responsabilidade do Estado na garantia da satisfação de necessidades básicas, ressaltam princípios como a universalidade, a gratuidade, a igualdade, a equidade, a descentralização administrativa, a divisão em níveis de complexidade, a territorialização, o direito à informação e a participação popular. Em relação ao tema da intersetorialidade apresentam em suas normativas, ora de forma explícita, ora de forma implícita, a necessidade de integração da saúde e da assistência social com outros setores da política social para a garantia de direitos de cidadania.

Iniciando-se a análise das normativas pelas Leis Orgânicas destes dois sistemas foi possível perceber que tanto a da Saúde - LOS, nº8080/90, quanto a da Assistência social - LOAS, nº8742/93, anunciam de forma clara, explícita ou implicitamente, a necessidade de integração intersetorial para a garantia de direitos. Constatou-se, por exemplo, na LOS que esta normativa reconhece em seu Art. 3º, título I, a importância da integração entre diferentes políticas setoriais ao enunciar como determinantes da saúde, entre outros, “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade

física, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais”. Este mesmo artigo ressalta que os “níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país”.

No âmbito da Assistência Social, Lei Orgânica deste setor - LOAS estabelece de forma explícita em seu Art. 2º, parágrafo único, que

para o enfrentamento da pobreza, a assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e promovendo a universalização dos direitos sociais.
(22)

Tomando-se em mãos as Normas Operacionais do SUS e do SUAS, constatou-se que estas deram ênfase diferenciada ao tema da intersetorialidade. No âmbito do Sistema de Saúde, a **Norma Operacional Básica do SUS**, faz referência à intersetorialidade apenas ao estabelecer o papel do gestor federal na articulação entre setores. Passando-se para o âmbito do Sistema de Assistência Social, por outro lado, a **Norma Operacional Básica do SUAS**, apresenta a intersetorialidade de forma enfática ao estabelecer como princípio organizativo a “integração e articulação da rede socioassistencial com as demais políticas e órgãos setoriais”. Esta mesma normativa, em seu Art. 7º, reafirma a “assistência social como política de seguridade social e a importância da intersetorialidade com as demais políticas públicas para a efetivação da proteção social” (24).

Seguindo a análise das normativas e partindo-se para as **Políticas Nacionais**, observou-se de forma geral que tanto aquelas relativas ao setor Saúde, quanto aquela relativa ao Setor de Assistência Social aprofundam no tema da intersetorialidade e em sua relação com a temática da cidadania.

No âmbito da assistência social, constatou-se que a **Política Nacional de Assistência Social - PNAS** dá centralidade à integração intersetorial a partir do reconhecimento acerca da complexidade da temática social. Esta política destaca que “o objeto da ação pública, buscando garantir a qualidade de vida da população, extravasa os recortes setoriais em que tradicionalmente se fragmentaram as políticas sociais”. Destaca também os processos de descentralização, de territorialização e de corresponsabilidade, que contribuem para tornar a assistência social fundamentalmente intersetorial. No decorrer de todo seu texto enfatiza a potência do território para o enfrentamento da fragmentação nas políticas sociais afirmando, por exemplo, que

o novo paradigma para a gestão pública articula descentralização e intersetorialidade, uma vez que o objetivo visado é promover a inclusão social ou melhorar a qualidade de vida, resolvendo os problemas concretos que incidem sobre uma população em determinado território. (25)

A Política Nacional de Assistência Social - PNAS estabelece também como princípios do SUAS, entre outros:

articulação intersetorial de competências e ações entre o SUAS e o Sistema Único de Saúde – SUS, por intermédio da rede de serviços complementares para desenvolver ações de acolhida, cuidados e proteções como parte da política de proteção às vítimas de danos, drogadição, violência familiar e sexual, deficiência, fragilidades pessoais e problemas de saúde mental, abandono em qualquer momento do ciclo de vida, associados a vulnerabilidades pessoais, familiares e por ausência temporal ou permanente de autonomia principalmente nas situações de drogadição e, em particular, os drogaditos nas rua. (25)

A Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS, por sua vez se configura como estratégia de ação transversal e expressa em seus objetivos a preocupação em “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais”. Esta política reafirma a “indissociabilidade entre a garantia da saúde como direito social irrevogável e a garantia dos demais direitos humanos e de cidadania”. Traz também o conceito de intersetorialidade entre suas diretrizes, a partir da percepção da “impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população”.

A PNPS ainda reforça a responsabilidade do setor Saúde no estímulo à cooperação e à articulação intra e intersetorial para a ampliação da atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde:

Assim, coloca-se ao setor Saúde o desafio de construir a intersetorialidade. A intersetorialidade, que se refere ao processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções

compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns. (26)

Em sequência na análise das Políticas, identificou-se ainda no âmbito do Setor Saúde, que a **Política Nacional de Atenção Básica – PNAB**, publicada em 2006 e revisada em 2017, define a Atenção Básica como o

Conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (27)

Esta Política, em seu art. 5º ressalta a importância da integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica, sob a ótica da integralidade, para o estabelecimento de processos de trabalho na perspectiva intra e intersetorial no território:

os estados, municípios e o distrito federal, devem articular ações intersetoriais, assim como a organização da Rede de Atenção à Saúde - RAS, com ênfase nas necessidades locais, promovendo a integração das referências de seu território. (27)

Em seu Capítulo 1, tópico 1.1, que descreve as diretrizes da Atenção Básica, afirma a noção de intersetorialidade como dispositivo a ser acionado a partir das relações no território:

Territorialização e Adstrição: de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstrições a ele. (27)

Ainda no mesmo artigo, a diretriz intitulada ‘Coordenação do Cuidado’ traz também com destaque o tema da intersetorialidade ao afirmar que esta contribui com o “objetivo de

produzir a gestão compartilhada da atenção integral”. Também nas diretrizes é expressa a relação entre controle social e intersetorialidade no enfrentamento dos determinantes e condicionantes que prejudicam a saúde. No que refere às responsabilidades dos entes federativos, esta normativa estabelece como competência do gestor municipal “desenvolver ações intersetoriais, em interlocução com escolas, equipamentos do SUAS, associações de moradores, equipamentos de segurança, entre outros, que tenham relevância na comunidade, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral”. Também são destacadas na PNAB as responsabilidades dos profissionais de atenção básica, do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB e dos agentes comunitários na articulação de redes e integração intersetorial no território.

Em sequência na análise das normativas gerais, passou-se para a revisão do documento intitulado **Tipificação dos Serviços Socioassistenciais**, de 2013, que promove a “padronização em todo território nacional dos serviços de proteção social básica e especial, estabelecendo seus conteúdos essenciais, público a ser atendido, propósito de cada um deles e os resultados esperados para a garantia dos direitos socioassistenciais”. Constatou-se que este documento institui, entre outros, o serviço do Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua. A este serviço, apelidado posteriormente de Centro Pop, foi atribuída a função de articulador na garantia de direitos desta população. Em relação a esta função articuladora, o documento em questão estabelece que o Centro Pop deve oferecer

trabalho técnico para a análise das demandas dos usuários, orientação individual e grupal e encaminhamentos a outros serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas que possam contribuir na construção da autonomia, da inserção social e da proteção às situações de violência. (17)

Ainda na Tipificação dos Serviços Socioassistenciais, observou-se que é ressaltada a importância de articulação em rede entre o Centro Pop e os:

[...] Serviços socioassistenciais de Proteção Social Básica e Proteção Social Especial; - Serviços de políticas públicas setoriais; - Redes sociais locais; - Demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos; 42 - Sistema de Segurança Pública; - Instituições de Ensino e Pesquisa; - Serviços, programas e projetos de instituições não governamentais e comunitárias. (17)

4.2 PNPSR e normativas específicas

Chegamos, então, às normativas mais específicas sobre a população em situação de rua, a começar pela **Política Nacional para Pessoas em Situação de Rua - PNPSR**, publicada no decreto 7.053 de 23 de novembro de 2009. Em relação a esta Política observou-se que fica evidente a centralidade do tema da intersetorialidade a partir da apresentação de dispositivo de gestão e monitoramento intersetorial como principal instrumento para efetivação da mesma. Sobre este dispositivo, a PNPSR define em seu art. 3º que:

os entes da Federação que aderirem à Política Nacional para a População em Situação de Rua deverão instituir comitês gestores intersetoriais, integrados por representantes das áreas relacionadas ao atendimento da população em situação de rua, com a participação de fóruns, movimentos e entidades representativas desse segmento da população. (28)

Em relação a este artigo, ressalta-se na análise desta Política que um novo decreto assinado em 2019 pelo atual presidente Jair Bolsonaro, de nº 9.894, imprime grande perda para o poder de articulação e negociação da PNPSR ao revogar inteiramente o art. 9º, responsável por regular a criação, a composição e as funções do Comitê Intersetorial. Em relação a este fato, destaca-se a inegável importância desta Política na construção dos serviços específicos para a população em situação de rua, como é possível perceber na análise subsequente das normativas que regulam os serviços de Centro pop e Consultório na Rua, dentro do SUAS e SUS respectivamente.

Seguindo, identificamos também que esta política estabelece no aparato legislativo do Brasil o conceito de “população em situação de rua” como representativo de um 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 provisória. (28)

Além da definição legal deste conceito também definiu diretrizes para servir de base para a atuação conjunta do Estado e da sociedade civil organizada na atenção e prestação de serviços voltados a esta população. Dentre outras expressas em seu texto, definiu:

- I - promoção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais;
- II - responsabilidade do poder público pela sua elaboração e financiamento;
- III - articulação das políticas públicas federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal;
- IV - integração das políticas públicas em cada nível de governo;
- X - democratização do acesso e fruição dos espaços e serviços públicos. (28)

Tendo como base a lógica de atuação definida por suas diretrizes, a Política Nacional em questão estabeleceu como alguns de seus objetivos para a atenção às pessoas em situação de rua, entre outros:

- I - assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda;
- XII - implementar centros de referência especializados para atendimento da população em situação de rua, no âmbito da proteção social especial do Sistema Único de Assistência Social; (28)

Em relação a estes objetivos é importante destacar que ainda em 2009 o documento intitulado Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, instituído no âmbito do Sistema Único de Assistência Social previu a implantação destes centros de referência Especializados, estratégia que passou a ser apoiado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS a partir de 2010 (17). A partir deste momento o MDS também foi responsável pela inclusão deste segmento populacional no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, atrelado à sua vinculação aos serviços socioassistenciais. Este cadastramento foi impulsionado, ainda, com o lançamento do Plano Brasil sem Miséria, que teve a atenção a esta população destacada entre suas prioridades (17).

Além dos objetivos destacados anteriormente, também merecem destaque na Política Nacional para as Pessoas em Situação de Rua os seguintes:

II - garantir a formação e capacitação permanente de profissionais e gestores para atuação no desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais, transversais e intergovernamentais direcionadas às pessoas em situação de rua;
X - criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços; (28)

Ainda sobre a PNPSR, o documento Orientações Técnicas para os Centro POP (14), afirma que ela “enfoca a intersectorialidade como uma estratégia de negociação permanente para o desenvolvimento de serviços, programas, projetos e benefícios que atendam aos direitos humanos das pessoas em situação de rua nas diversas políticas públicas, de modo a formar uma rede que assegure a efetividade e a qualidade da atenção ofertada”. Na mesma linha, este documento ressalta também que a PNPSR “propõe a integração das políticas públicas de saúde, educação, previdência social, de assistência social, trabalho e renda, habitação, moradia, cultura, esporte, lazer e segurança alimentar e nutricional, no atendimento integral desse segmento da população” (14).

Dando sequência à análise das normativas, após a revisão da Política Nacional para a População em Situação de Rua - PNPSR, chegou-se às Orientações Técnicas Para a gestão e oferta qualificada do serviço do Centro POP. Em relação a esta normativa, observou-se que ela aprofunda a discussão acerca da intersectorialidade a partir da percepção de que

A inclusão de situações de vulnerabilidade, de risco pessoal e social, por violação de direitos, na agenda de diferentes políticas públicas é reconhecida como fundamental para a materialização do princípio da incompletude institucional. Nessa perspectiva, o fortalecimento da intersectorialidade é condição para que a política de Assistência Social possa dar respostas mais efetivas à complexidade das situações de vulnerabilidade, risco pessoal e social, por violação de direitos observada nos territórios. (14)

Constatou-se também que o documento em questão reforça, pelo contexto de grande vulnerabilidade e risco da população em situação de rua, a importância de interação especial entre a política de assistência social e a política de saúde:

Em razão das demandas de saúde comumente observadas na população em situação de rua - que podem estar relacionadas ao contexto de insegurança e insalubridade a

que estão expostas cotidianamente, ou decorrer de doenças crônicas de natureza não contagiosa - o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua deverá manter uma estreita articulação com a rede de saúde. .(14)

A partir da ideia reforçada no parágrafo acima citado, a normativa em análise indica ainda no decorrer de seu texto ações que podem contribuir para o fortalecimento do trabalho intra e intersetorial a partir do mapeamento das redes e também de “uma definição clara de papéis e responsabilidades, com respeito às competências de cada órgão ou instituição” (14). Esta normativa ressalta, da mesma forma, a necessidade de “previsão dos instrumentos operacionais necessários para facilitar as conexões em rede, como reuniões, encontros e contatos periódicos, fluxos e protocolos intersetoriais formalmente pactuados, dentre outros” (14).

Por fim, foram analisados os documentos que regulam e orientam, no âmbito da saúde, o funcionamento das equipes Consultório Na Rua. Estes documentos são o **Regulamento da Política Nacional para a População em Situação de Rua** - Anexo XVI da Portaria de Consolidação do MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, que define as diretrizes e organizam os funcionamentos das equipes Consultório na Rua; e o **Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação De Rua**, publicado pelo Ministério da Saúde em 2012. Em relação à primeira normativa, verificou-se que esta menciona a “necessidade de integração intersetorial entre as Políticas de Saúde e as demais políticas públicas, visando a melhorar a capacidade de resposta às demandas e necessidades de saúde inerentes à população em situação de rua” (26). Neste sentido, a portaria em questão especifica como função do ‘agente social’ “encaminhar e mediar o processo de encaminhamento para Rede de Saúde e intersetorial”.

Em relação à segunda normativa, intitulada ‘Manual Sobre Cuidado à Saúde Junto à PSR’, observou-se que o tema da intersetorialidade foi mais uma vez ressaltado. Já no capítulo que trata da contextualização é possível encontrar referência ao fato de que as propostas de cuidado à PSR têm um longo histórico de intersetorialidade. O documento em questão demarca em vários momentos a importância da intersetorialidade no planejamento, no mapeamento e cartografia e na atenção às demandas da população, fazendo inclusive referência específica a competência para articulação intersetorial, sendo esta recomendada aos profissionais que compõem as equipes.

Em item específico que fornece elementos para o cuidado ao paciente em situação de rua com tuberculose, por exemplo, considera-se a intersetorialidade como “pré-requisito básico para conseguir melhores resultados, sem a qual várias ações não podem ser desenvolvidas” (16). Segundo descrito neste item, podem ser realizadas ações como:

- Fazer o mapeamento das instituições que configuram a rede de atendimento, incluindo instituições governamentais e não governamentais (abrigos, albergues, centros de convivência, casas de acolhida etc.);
- Envolver o maior número possível de atores sociais e de instituições governamentais e não governamentais, em todas as fases do atendimento – detecção, diagnóstico e tratamento. A UBS deve buscar parcerias;
- Definir as unidades de saúde que serão referência para o atendimento, estabelecendo um fluxo claro entre elas e as instituições da rede de proteção social;
- Sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde além dos conteúdos programáticos, priorizando aqueles relacionados às especificidades da população em situação de rua. (16)

Além do item específico sobre tuberculose, observou-se também no mesmo documento o destaque acerca da importância da intersetorialidade no trabalho em saúde mental, inclusive em situações de abuso/dependência de álcool e outras drogas. Este destaque foi atribuído ao fato de estas serem questões complexas, influenciadas por múltiplas determinações. Entre os desafios para efetivação do trabalho com a PSR, verificou-se que o Manual ressalta a necessidade de “política intersetorial clara entre saúde e assistência social” (16). Assim como observado em outros documentos da saúde, constatou-se também neste documento a relação clara entre intersetorialidade e a integralidade do cuidado.

4.3 Dispositivos e responsabilidades intersetoriais

Em conclusão à análise das normativas selecionadas para este estudo, construiu-se dois quadros: o **Quadro 3** onde são apresentados dispositivos que auxiliam na efetivação da intersetorialidade e/ou que necessitam de ações intersetoriais para a conquista de seus objetivos; e o **Quadro 4**, onde são apresentadas as responsabilidades para a efetivação da intersetorialidade. Seguem os quadros:

QUADRO 3: DISPOSITIVOS QUE NECESSITAM DA INTERSETORIALIDADE E/OU AUXILIAM SUA EFETIVAÇÃO

NORMATIVA ANALISADA	DISPOSITIVOS
LOS	<p>→ <u>Comissões intersetoriais de âmbito nacional</u>: subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil. Possui finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);</p>
LOAS	<p>→ <u>Índice de Gestão Descentralizada (IGD) do Sistema Único de Assistência Social (Suas)</u>: finalidade de medir os resultados da gestão descentralizada do Suas, com base na atuação do gestor estadual, municipal e do Distrito Federal na implementação, execução e monitoramento dos serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social, bem como na articulação intersetorial.</p> <p>→ <u>Programas de assistência social</u>: compreendem ações integradas e complementares com objetivos, tempo e área de abrangência definidos para qualificar, incentivar e melhorar os benefícios e os serviços assistenciais.</p>
NOB/SUS 96	*nenhum dispositivo foi encontrado nesta normativa.
NOB/SUAS	<p>→ <u>Planos de Assistência Social</u>: instrumento de planejamento estratégico que organiza, regula e norteia a execução da PNAS na perspectiva do SUAS. Deve observar ações articuladas e intersetoriais.</p>
PNAS	<p>→ <u>Redes de serviços</u> - devem ser estabelecidas pela Assistência Social com vistas a conferir maior eficiência, eficácia e efetividade em sua atuação específica e na atuação intersetorial.</p> <p>→ <u>Encaminhamentos para as demais políticas públicas e sociais</u> - instrumentos para possibilitar o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem à sustentabilidade e à proteção das famílias e dos indivíduos em relação a direitos, vulnerabilidades e riscos.</p> <p>→ <u>Articulação intersetorial da Assistência Social com outras políticas sociais</u> - para que as ações não sejam fragmentadas e para que se mantenha o acesso e a qualidade dos serviços para todas as famílias e indivíduos. Esta articulação deve ocorrer particularmente com as públicas de Saúde, Educação, Cultura, Esporte, Emprego, Habitação, entre outras.</p> <p>→ <u>Recortes territoriais</u> - que identifiquem conjuntos populacionais em situações similares para a intervenção das políticas públicas, com o objetivo de alcançar resultados integrados e promover impacto positivo nas condições de vida. Que promova uma maior descentralização, pré-requisito para ações integradas na perspectiva da intersectorialidade.</p>

	<p>→ <u>Protocolos intersetoriais</u> – devem ser negociados e assinados junto às políticas de saúde e de educação a fim de viabilizar a transição do financiamento dos serviços afetos a essas áreas, que ainda são assumidos pela política de assistência social, bem como a fim de definir as responsabilidades e papéis das entidades sociais declaradas de utilidade pública federal, estadual e, ou, municipal.</p>
PNPS	<p>→ <u>Promoção da saúde:</u> mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, a sociedade, o setor privado e não governamental, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população.</p>
PNAB	<p>→ <u>Cuidado integral:</u> para o alcance da integralidade do cuidado, a equipe deve ter noção sobre a ampliação da clínica, o conhecimento sobre a realidade local, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar, e a ação intersetorial.</p> <p>→ <u>Processo de trabalho na atenção básica:</u> a Atenção Básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, resolutiva e que contribua para o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de atenção à saúde. Deve também desenvolver ações intersetoriais, em interlocução com escolas, equipamentos do SUAS, associações de moradores, equipamentos de segurança, entre outros, que tenham relevância na comunidade, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral.</p> <p>→ <u>Integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica:</u> condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade.</p> <p>→ <u>Território:</u> unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Permite o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um espaço geográfico específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que o constituem.</p> <p>→ <u>Coordenação do cuidado:</u> elaboração, acompanhamento, organização do fluxo de usuários entre os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde - RAS e articulação com outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Objetiva produzir a gestão compartilhada da atenção integral através de uma relação horizontal, contínua e integrada.</p> <p>→ <u>Participação da comunidade:</u> a partir de lógica centrada nas pessoas e no exercício do controle social, visa promover o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde. Objetiva estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar</p>

	<p>sua autonomia e capacidade na construção do cuidado no território.</p> <p>→ <u>Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)</u>: deve estabelecer seu processo de trabalho a partir de problemas, demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios, bem como a partir de dificuldades dos profissionais de todos os tipos de equipes que atuam na Atenção Básica em suas análises e manejos. Atua a partir do compartilhamento de saberes, práticas intersetoriais e de gestão do cuidado em rede, assim como da realização de educação permanente e de gestão de coletivos nos territórios sob sua responsabilidade.</p>
PNPSR	<p>→ <u>Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da PNPSR</u>: em âmbito nacional, integrado por representantes da sociedade civil e por representantes de diferentes órgãos do governo federal. Possui finalidade de propor medidas que assegurem a articulação intersetorial das políticas públicas federais para o atendimento da população em situação de rua.</p> <p>→ <u>Comitês Gestores Intersetoriais</u>: integrados por representantes das áreas relacionadas ao atendimento da população em situação de rua, com a participação de fóruns, movimentos e entidades representativas desse segmento da população. Possuem finalidade de assegurar articulação intersetorial.</p>
Tipificação dos Serviços Socioassistenciais	<p>→ <u>Serviços Socioassistenciais</u>: organizados por níveis de complexidade do SUAS em Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média e de Alta Complexidade. Devem articular-se em rede intra e intersetorialmente de acordo com as exigências particulares de seus objetivos e de seu público alvo.</p> <p>→ <u>Articulação em rede</u>: atenção hierarquizada em serviços de vigilância social, defesa de direitos e proteção básica e especial de assistência social e dos serviços de outras políticas públicas e de organizações privadas. Conexão de cada serviço com outros serviços, programas, projetos e organizações dos Poderes Executivo e Judiciário e organizações não governamentais.</p>
Orientações técnicas: Centro Pop	<p>→ <u>Trabalho/articulação em rede</u>: busca permanente de articulação e integração intersetorial; deve proporcionar, para além de encaminhamentos, o planejamento coordenado e o desenvolvimento de estratégias de intervenção articuladas, complementares e sinérgicas, de modo a qualificar a atenção integral às pessoas em situação de rua.</p> <p>→ <u>Diagnóstico socioterritorial</u>: permite identificar informações sobre as áreas de maior concentração e trânsito da população em situação de rua no município ou DF; dados e informações sobre o perfil e as especificidades da população em situação de rua no município ou DF; mapeamento da rede de serviços que poderá ser articulada ao Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua.</p> <p>→ <u>Mapeamento da rede local</u>: ponto de partida para a operacionalização das ações em rede e a construção de parcerias mais efetivas.</p> <p>→ <u>Fluxos e Protocolos intersetoriais</u>: instrumentos de pactuação elaborados para definir responsabilidades entre os serviços e órgãos envolvidos na rede de atenção à população em situação de rua,</p>

	<p>considerando a realidade, os recursos existentes e o respeito às competências de cada um. Os procedimentos para a elaboração e pactuação de fluxos e protocolos podem ser discutidos e fomentados no âmbito do Comitê Gestor Intersetorial.</p> <ul style="list-style-type: none"> → <u>Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da PNPSR - CIAMP RUA</u> (como previsto na PNPSR) → <u>Comitês Gestores Intersetoriais</u> (como previsto na PNPSR) → <u>Projeto de implementação do Centro Pop</u>: exige, dentre outras etapas, a de mobilização da rede das demais políticas públicas e órgãos de defesa de direitos para a construção e pactuação de fluxos de articulação intersetorial, em especial a política de saúde, trabalho e renda, habitação, educação e segurança alimentar e nutricional; → <u>Monitoramento e Avaliação do Centro Pop</u>: de responsabilidade do órgão gestor e da coordenação da Unidade, tem como uma de suas finalidades identificar pactuações intersetoriais necessárias para fortalecer as possibilidades de atuação em rede da Unidade. → <u>Reuniões periódicas com as instituições que compõem a rede</u>: avaliação quanto ao atendimento em rede em âmbito local e à identificação de aprimoramentos necessários a serem construídos, juntamente com o órgão gestor das demais políticas. Apontamento da necessidade de fortalecimento de determinada política ou de construção de fluxos e protocolos intersetoriais de atendimento a pessoas em situação de rua, visando à melhoria dos processos de trabalho em rede.
Regulamento da Política Nacional para a População em Situação de Rua	<ul style="list-style-type: none"> → <u>Equipes de Consultório na Rua</u>: são multiprofissionais e lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua; integram o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e desenvolvem ações de Atenção Básica, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na PNAB; desempenham suas atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário. → <u>Agente Social</u>: profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua. Têm como uma de suas atribuições: encaminhar e mediar o processo de encaminhamento para Rede de Saúde e intersetorial. → <u>Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua</u>: composto por representantes de diferentes órgãos e entidades. Possui entre suas atribuições a de participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população em situação de rua.
Manual sobre Cuidado à Saúde junto à PSR	<ul style="list-style-type: none"> → <u>Equipes de Consultório na Rua</u> (Como previsto acima) → <u>Agente Social</u> (como previsto acima)

QUADRO 4: RESPONSABILIDADES PARA A EFETIVAÇÃO DA INTERSETORIALIDADE

NORMATIVAS ANALISADAS	RESPONSABILIDADES
No âmbito do SUS	<p>→ <u>Compartilhada entre os três níveis de gestão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde; promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde; formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais. (Lei nº 8080) <p>→ <u>Gestor federal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ definir ações de promoção da saúde intersetoriais e plurinstitucionais de abrangência nacional que possam impactar positivamente nos indicadores de saúde da população (PNPS). <p>→ <u>Gestores estadual municipal e distrital:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ promover articulação intersetorial para a efetivação da Política de Promoção da Saúde (PNPS); ○ articular ações intersetoriais, assim como a organização da Redes de Atenção à Saúde - RAS, incluindo parcerias com instituições governamentais e não governamentais, com ênfase nas necessidades locais, promovendo a integração das referências de seu território (PNAB). <p>→ <u>Diversas áreas do setor sanitário, outros setores do Governo, sociedade, setor privado e não governamental:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ compor redes de compromisso e co-responsabilidade em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida (PNPS). <p>→ <u>Todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais (PNAB); <p>→ <u>Gerente de Atenção Básica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território (PNAB);

	<p>→ <u>Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros (PNAB); <p>→ <u>Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território (PNAB).
<p>Em âmbito intersetorial: PNPSR</p>	<p>→ <u>Entes da Federação que aderirem à PNPSR:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ instituir comitês gestores intersetoriais; <p>→ <u>Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ dará apoio técnico-administrativo e fornecerá os meios necessários à execução dos trabalhos do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua.
<p>No âmbito do SUAS</p>	<p>→ <u>Compartilhada entre os três níveis de gestão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ promover a articulação intersetorial do SUAS com as demais políticas públicas e o sistema de garantia de direitos; estabelecer articulações intersetoriais de forma a ampliar o conhecimento sobre os riscos e as vulnerabilidades que afetam as famílias e os indivíduos em um dado território, colaborando para o aprimoramento das intervenções realizadas (NOB/SUAS). <p>→ <u>Coordenador do Centro POP</u>, segundo orientações do órgão gestor local:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ participar de reuniões periódicas com as instituições que compõem a rede, visando à garantia da efetividade das articulações estabelecidas; avaliar se as articulações estão conduzindo, de fato, ao acesso, por parte dos usuários ao SUAS, às diversas políticas e aos órgãos de defesa de direitos; subsidiar o órgão gestor na avaliação quanto ao atendimento em rede em âmbito local e à identificação de aprimoramentos necessários a serem construídos (Orientações Técnicas: Centro Pop). <p>→ <u>Órgão gestor de Assistência Social local em conjunto com a Coordenação do Centro Pop:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ instituir Comitê Gestor Intersetorial local, caso este ainda não

	esteja instalado no município ou DF (Orientações Técnicas: Centro Pop).
--	--

Fonte: produção das próprias autoras.

4.4 Visitas técnicas aos serviços especializados do DF

A seguir, são apresentadas as impressões acerca do tema a partir das visitas técnicas realizadas aos serviços priorizados.

A **equipe Consultório na Rua Oeste**, que presta atendimento nas regiões de Ceilândia e Brazlândia, está localizada em Ceilândia e tem sede na UBS nº 5 da região administrativa. Funciona em horário comercial, de 07 às 18 horas; é composta por enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social e dois técnicos em enfermagem. Realiza atendimentos na rua e na unidade – tem duas salas da UBS dedicadas, mas utiliza outras, se necessário. Possuem unidade móvel adaptada, mas sem motorista dedicado, o que resulta na não utilização da unidade móvel.

O acesso ao serviço pelas pessoas em situação de rua se dá principalmente por demanda espontânea, busca ativa e encaminhamento de outros serviços da rede, destaque para equipes SEAS, CAPS AD, CREAS e comunidades terapêuticas. As principais demandas são relacionadas a transtornos mentais e uso de álcool e outras drogas, dermatites, demandas odontológicas. Quando a atenção demandada extrapola os limites da oferta da equipe, os usuários são encaminhados para outros pontos da rede de saúde ou intersetorial.

A divulgação do serviço para outros setores é importante para a equipe, inclusive pela necessidade de superar o isolamento causado pela falta de estrutura, principalmente do veículo com motorista. Por este motivo existe dedicação em planejar ações de educação em saúde em escolas, CREAS, comunidades terapêuticas e junto à equipe de abordagem social. Foram citadas como importante instrumento de articulação intersetorial as reuniões de “Rede Social da Ceilândia”, que envolvem atores governamentais, sociedade civil e comunidade. A rede tem importância no compartilhamento de soluções e de responsabilidades, e reflete a organização política do território, conferindo ampla participação social. Interessante ressaltar que essa mesma rede se organizou há alguns anos para “barrar” a inauguração do Centro POP de Ceilândia, motivo pelo qual o serviço não é disponibilizado nesta região administrativa.

A **equipe Consultório na Rua de Taguatinga** também tem sede em uma UBS e é composta por psicóloga, assistente social e técnicos em enfermagem. São previstos atendimentos na rua e na UBS. Atualmente, devido ao quadro extremamente reduzido de profissionais, as saídas com motorista próprio da Secretaria de Saúde são prejudicadas. Mantém saídas um turno por semana com equipe de abordagem social - SEAS, pois a estratégia fortalece os dois serviços. Ressaltada a importância da equipe multidisciplinar completa para o planejamento de ações, resolutividade e integralidade no serviço.

Ações intersetoriais eram realizadas com maior frequência quando havia maior disponibilidade de profissionais e quando tinham sede em UBS mais próxima do Centro Pop Taguatinga. Agora mais distante, as ações conjuntas, como testagens rápidas, educação em saúde, acolhimento e orientações, também foram prejudicadas. Ressaltado o papel da equipe, além da assistência direta, no matriciamento da rede de atenção básica, que ainda demonstram resistência para atender pessoas em situação de rua. Devido à complexidade das demandas, os maiores desafios encontrados hoje pela equipe são a limitação de recursos humanos, a falta de identificação e adaptação do veículo, que tem relação direta com a vinculação, a segurança e a resolutividade na rua.

A importância da intersetorialidade aparece enquanto condição para um serviço de excelência, vez que nenhum serviço consegue sozinho promover cuidado a essa população. Também citada a importância da qualificação e formação profissional, identidade com o serviço e maior atenção à saúde do trabalhador.

O **Centro pop de Taguatinga** funciona em espaço próprio, com salas destinadas à gerência e questões administrativas, atendimento de especialistas em assistência social e educadores sociais, sala multimídia, espaço de convivência externo, banheiros com chuveiro e tanques para uso das pessoas em situação de rua. Cerca de duzentas pessoas utilizam os serviços acima mencionados, além de alimentação em duas refeições - lanche da manhã e almoço. A equipe é formada por assistentes sociais, psicólogos, agentes sociais e educadores sociais de formação diversa.

O cadastro geral da Unidade conta com mais de cinco mil cadastros. São ofertadas ainda diversas atividades coletivas e oficinas na rua, tendo destaque a oficina de construção de bicicletas, que recebe doações de bicicletas e peças usadas para reforma ou construção. Possuem banda de música, a “Vozes da Rua”, que ensaia no local e se apresenta em eventos da comunidade. Equipe descrita como entrosada e criativa, o que garante o grande número de atividades realizadas pelos próprios membros. Existe parceria sistemática com a secretaria de

educação, por meio da oferta de curso preparatório para Exame Nacional para Certificação de Competências de Jovens e Adultos - ENCCEJA.

Nas proximidades do Centro PoP em Taguatinga há um CAPS infantil, mas não há CAPS AD, que atenderia melhor a necessidade dos usuários. A equipe consultório na rua, depois da mudança de UBS, ficou mais distante, o que dificultou o planejamento de ações conjuntas. A UBS localizada próxima ao Centro Pop apresenta resistência em atender as necessidades da PSR, o que criou na equipe do Centro POP o hábito de fazer encaminhamentos com relatórios sempre embasados, incluindo as leis que garantem acesso. A parceria com o Serviço de Abordagem Social é apontada como de grande importância para busca ativa, transporte e continuidade dos acompanhamentos.

A equipe **Consultório na rua do Plano Piloto** está localizada no mesmo espaço físico que o Centro POP Brasília, o que é uma situação única no Brasil. São percebidas vantagens e desvantagens nessa conjuntura. As vantagens dizem respeito a ampliação dos serviços ofertados em um só local, que também é local de convivência, facilitando o acesso para pessoas que se concentram no Centro Pop. As desvantagens decorrem do afastamento da UBS, outras equipes ESF e NASF-ab, dificultando as interações que permitem matricialmente e ampliação do acesso nos demais serviços de atenção primária.

A equipe é composta por enfermeira, duas psicólogas, assistente social, médico e quatro técnicos em enfermagem. Na visita foi reforçada a responsabilidade da equipe de saúde não só na assistência direta, mas no matriciamento de outras equipes ESF's. Foi apresentado como potencialidade a relação próxima com Serviço de Abordagem Social de Rua, reforçada pela criação de grupo no aplicativo Whatsapp, para troca de informações e compartilhamento de casos. A equipe conta com carro adaptado e um consultório móvel. Motoristas da Secretaria de Saúde são encarregados de dirigi-lo três turnos por semana. Os principais desafios dizem respeito ao território de abrangência extenso, a falta de veículo disponível em tempo integral e de motorista exclusivo, sistema e-sus off-line, que não se comunica com outros pontos da rede de saúde, e estrutura precária de comunicação entre órgão do governo, como exemplo a falta de telefone e internet em muitos serviços.

Os atendimentos da equipe de Consultório na Rua do Plano Piloto são realizados no Centro pop – quatro salas disponíveis – nas ruas e em outros serviços de saúde. A integração com outros serviços de saúde é considerada de grande importância e são citados: outras equipes de Consultório na Rua, Gerências e coordenações da secretaria de saúde, Centro de Acolhimento e Testagem da Rodoviária do Plano Piloto, CAPS Candango, Hospital Dia e hospitais gerais. As demandas mais recorrentes são curativo, problemas de pele, demandas de

laudos para benefício (passe livre e INSS); a maioria dos atendidos faz uso nocivo de álcool e/ou outras drogas e/ou são acometidos por outros transtornos mentais; muitos casos de HIV comparado aos outros centros de atenção básica. Com o Centro pop, a interação ocorre atualmente de forma pontual e informal. Também foram citadas como parceria programas de estágio e de residência médica.

O **Centro Pop Brasília** funciona em horário comercial, de 08 às 17 horas. É considerado uma instituição de baixo limiar de acesso, não exigindo documentação ou cadastro prévio para utilização do espaço de convivência, banheiros, tanques para lavar roupa e alimentação. São servidos nos dias úteis café da manhã e almoço. O atendimento na recepção permite a realização de cadastro na unidade, cadúnico e inclusão no programa bolsa família; guarda de documentos; guarda de pertences; regularização de documentação; orientação; encaminhamentos gerais para outros serviços da assistência social e também para a rede externa e agendamento de atendimento/acompanhamento com a equipe técnica. Citadas atividades coletivas de horta; oficina de arte, em parcerias com consultório na rua; oficina de informática que promove inclusão digital e orientação para o mundo do trabalho. São atendidas na recepção, semanalmente, de 260 a 300 pessoas, mas muitas utilizam somente os serviços que não precisam de cadastro. Os atendimentos com especialistas somam de 80 a 100 por semana. São distribuídos cerca 240 kits de refeição por dia.

A integração com equipes SEAS é novamente citada como importante para levantamento de demandas, aproximação com o território e acompanhamento. Os registros destes dois serviços são compartilhados.

A principal demanda é por benefícios assistenciais, destaque para auxílio vulnerabilidade e auxílio excepcional. A intersetorialidade é considerada de extrema importância para a PSR, devido à complexidade das demandas, principalmente com o setor saúde, que de forma geral demonstra resistência em atender a PSR. A parceria com Consultório na rua é avaliada como muito positiva. Mencionadas ainda parcerias com Defensoria Pública, Universidades e Revista Traços. Possuem carro disponível, mas falta motorista e por este motivo alguns trabalhadores tiraram autorização para dirigir.

Explicitado o desafio recente em relação à gestão do Centro Pop, que passou o primeiro semestre de 2019 sem gerente nomeado, o que afastou os serviços das integrações com a rede. A intenção é retomar parcerias e reuniões de rede.

4.5 Discussão

A análise dos dados das normativas demonstrou a convergência de objetivos dos dois sistemas. Os conceitos de assistência social e saúde, de forma ampliada, versam sobre o direito a uma vida digna, acesso a bens e serviços mínimos e básicos que garantam o exercício de cidadania. A intersectorialidade aparece nas normativas dos dois sistemas como condição para a realização de ações resolutivas, que estejam conectadas às necessidades do território e que promovam participação e autonomia. Foi identificada a previsão de instrumentos de financiamento, gestão, atribuições de responsabilidade, processos de trabalho em equipe e em rede que estimulam e reforçam a importância da intersectorialidade para a atenção à saúde e a proteção social de forma geral e, principalmente, em relação ao atendimento de pessoas em situação de rua. Também, a intersectorialidade aparece de forma clara como instrumento para o alcance de objetivos comuns aos dois sistemas.

Nos documentos relacionados ao Sistema Único de Assistência Social - SUAS, foi percebido maior esforço em definir o conceito e em relacionar a intersectorialidade com o planejamento, monitoramento e execução de ações. Atribuímos essa constatação ao fato de que o campo “social” já abarca a ideia de setores articulados como condição para seu desenvolvimento. Na política de saúde, não surpreendeu que as políticas de Promoção da Saúde e Atenção Básica expressassem a importância da articulação com outros setores, já que são políticas orientadas para a intervenção nos determinantes sociais da saúde e nas necessidades do território. Em relação a este fato, Campos^{vii} ressalta que a promoção da saúde envolve necessariamente a criação de agendas públicas com a participação de diversos atores para o alcance de seus objetivos.

Contudo, é a Política de Atenção Básica que se debruça com maior clareza sobre os processos de trabalho no território que podem garantir maior efetividade a ações intersociais. A ideia expressa nesta política passa pela necessidade de trabalho interdisciplinar e em rede e pela participação social para a produção do cuidado e da integralidade. Tal movimento fica claro na PNAB e no manual de atenção à saúde de pessoas em situação de rua, que exploram a estreita relação da saúde com o território e a necessidade de articulação entre setores, serviços e comunidade para a garantia do direito à saúde.

Ainda, nas normativas da saúde, foi possível perceber relação entre os conceitos de integralidade e de intersectorialidade. Para Eustáquia & Guizard (4) “a intersectorialidade entre

^{vii} CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciencia e Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003 apud (2)

políticas públicas de seguridade social de natureza não contributiva é, pois, um modelo de gestão ao qual a realização da integralidade e da equidade se liga organicamente”. Para Monneratt e Souza (2), contudo, as estratégias para desenvolvimento da diretriz integralidade apontam muito mais a uma integração entre os níveis de atenção dos serviços de saúde, em detrimento da articulação de setores da seguridade.

No âmbito da gestão participativa, chamou atenção o fato de que, apesar da previsão na Lei Orgânica da Saúde de Comissões Intersetoriais no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, nenhuma das Comissões ativas atualmente, a partir de busca realizada no site do Conselho Nacional de Saúde, tem na composição membros da gestão ou dos serviços da política de assistência social. Em relação a este fato ressalta-se que, sendo identificada uma convergência tão ampla de objetivos e de organização entre SUS e SUAS, era de se esperar que atualmente houvessem mais processos participativos que incluíssem gestores, trabalhadores e instituições ou organizações dos dois setores.

Moneratt e Souza(2) ponderam que apesar da área de saúde ser a que historicamente apresenta maior acúmulo e experiência política, o período recente de consolidação institucional do SUS não priorizou a implementação de estratégias para construção de um sistema de seguridade social mediado pela matriz da intersectorialidade, tão presente no ideário da reforma sanitária. Salientam ainda que os avanços na descentralização e na gestão local seguem limitados ao modo fragmentado de organização da política de saúde no país. Neste sentido, como exemplo de um importante instrumento para superação da fragmentação entre as políticas sociais estes autores citam o Programa Bolsa Família, um dos programas de assistência social de que trata a LOAS. Destacam que a efetivação deste depende da articulação entre setores, entes federados e controle social.

Importante destacar que as condicionalidades deste programa específico definem como obrigatório o acompanhamento de saúde e de educação para alguns dos beneficiários, constituindo-se assim como o dispositivo com maior concretude que acessamos por meio de pesquisa. O índice de cumprimentos das condicionalidades de saúde é um dos elementos considerados, no âmbito do SUAS, para a medição do Índice de Gestão Descentralizada, que impacta no monitoramento, planejamento e financiamento dos serviços de assistência social. Segundo dados do data/SUS, o índice atual de acompanhamento da condicionalidade saúde do Programa Bolsa Família no DF é de 56,39%, abaixo da média nacional (75,55% - segundo Portal do Bolsa Família no sítio do Ministério da Cidadania).

No que refere à população em situação de rua, a intersectorialidade ganha contornos ainda mais definidos de imprescindibilidade, devido às demandas complexas, à grave situação

de vulnerabilidade social e às sérias questões de saúde influenciadas e influenciadoras da vivência de rua. Não por acaso a Política Nacional para PSR tem nos comitês intersetoriais sua principal estratégia. Em relação a este tema destacamos que nenhum dos serviços visitados fez referência ao Comitê Intersectorial. Em consulta à Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação de Vulnerabilidade e Programas Especiais - a GASPVP - da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, obtivemos a informação de que a última reunião do CIAMP/RUA-DF ocorreu em 14 de fevereiro de 2019.

Nas visitas técnicas foi igualmente observada a importância da intersectorialidade para o alcance dos objetivos dos serviços. Existe a percepção de que a complexidade das demandas associadas à atenção integral às pessoas em situação de rua exige articulação entre setores diversos. No território onde não existe o serviço de Centro Pop, por exemplo, a relação com o CREAS – outro serviço do SUAS – é citada como de grande importância. Em Taguatinga, onde Centro Pop e Consultório na rua já funcionaram com maior proximidade física, ambos os serviços destacaram que a mudança para local distante terminou por prejudicar as ações conjuntas. Tal fato aponta para a importância do componente território na articulação de redes intersectoriais, expresso em muitos dos documentos analisados.

Chamou atenção o fato de que todas as equipes citaram a parceria com Serviço Especializado em Abordagem Social – SEAS como essencial para a busca e a continuidade dos acompanhamentos. Este serviço, também normatizado pela Tipificação de Serviços Socioassistenciais, tem por finalidade a busca ativa no território de pessoas em situação de violação de direitos e o apoio a sua inserção nas redes de assistência e intersectoriais. A centralidade desse serviço, observada a partir das visitas, mais uma vez aponta para a importância da aproximação com o território para a garantia de acesso a direitos por parte de pessoas em situação de rua. Além do grande número de equipes SEAS atuantes no DF – mais de 30 equipes – o que garante capilaridade no território, essas equipes possuem carros dedicados e preparados para o transporte simples de usuários e de profissionais preparados para acompanhá-los aos serviços de que necessita. Desse modo, além da presença no território, foi identificada a importância da mobilidade e do acompanhamento para se ultrapassar barreiras de acesso a serviços diversos e para estabelecer conexões entre eles.

Cabe ressaltar que o Serviço Especializado em Abordagem Social é hoje executado por instituição da sociedade civil contratada pelo Governo do Distrito Federal. A terceirização do serviço permitiu, de um lado, a ampliação do número de trabalhadores nas ruas dedicados à PSR, e por outro lado, coloca-se para este serviço o desafio da continuidade frente às mudanças de instituição executora.

No que tange a barreiras de acesso, a dificuldade de utilizar os serviços de atenção primária à saúde por meio das UBS's foi apresentada como desafio por todos os serviços, inclusive aqueles da rede de saúde. No Centro Pop de Taguatinga foi inclusive criado instrumento de encaminhamento para UBS's que descreve as leis que reforçam a garantia de acesso a PSR ao SUS. A percepção das estudantes, a partir da observação e das experiências acumuladas, é de que os serviços de saúde, de forma geral, têm dificuldades em incluir a intersetorialidade em seus processos de trabalho. Para as equipes de Consultório na Rua a intersetorialidade aparece de forma mais orgânica, talvez pelo histórico de formação dessas equipes que passa pela valorização dos conhecimentos de redução de danos, de saúde mental e de atenção básica.

A importância dos recursos operacionais e humanos também foi observada nas visitas técnicas. Todas as equipes citaram a necessidade de carro e de motorista dedicado para o alcance dos objetivos do trabalho, especialmente quando se considera as amplas distâncias entre territórios do DF e centralização de alguns serviços em determinadas regiões. O carro representa a possibilidade tanto de aproximação com o território quanto de garantia de integralidade e longitudinalidade. No caso das equipes consultório na rua, cuja coordenação de cuidado ganha espaço devido à grande vulnerabilidade do público, a possibilidade de locomoção no território torna-se precíua para a garantia da intersetorialidade. A ausência de veículo e/ou de motorista para dirigi-lo provoca isolamento e restringe o acesso àqueles usuários que têm condições de procurar os serviços, fragilizando a assistência àqueles que, devido a grande vulnerabilidade ou gravidade da condição de saúde, não conseguem chegar aos serviços.

Também referente aos recursos, destaca-se a precariedade das redes de comunicação nos serviços visitados. A rede de telefonia e internet funcionam com grande instabilidade, em muitos momentos sequer funciona. Chama a atenção ainda a existência de sistemas de informação compartilhados. O entendimento da essencialidade da comunicação, para o trabalho intersetorial foi observado em todas as equipes. Todas as equipes referiram o uso de rede de internet e celular particular para comunicação com outros pontos da rede.

A equipe multidisciplinar e o trabalho interdisciplinar também foram identificados como estratégias ligadas à intersetorialidade. Na equipe de Consultório na Rua de Taguatinga, por exemplo, fica claro como o esvaziamento da equipe impacta nas visitas ao território e na troca com outros serviços. Foi também observada a importância da formação profissional e de um perfil de competências que favoreçam o trabalho em equipe e em rede, o que

principalmente nos serviços de saúde parece um desafio a ser superado. Para **Mendes**^{viii}, “a intersetorialidade, uma prática a ser estabelecida em territórios específicos, apresenta no campo do fazer os mesmos desafios relacionados à construção da interdisciplinaridade no campo do saber”.

Em relação ao tema da interdisciplinaridade, tanto Inojosa^{ix} quanto Monnerat e Souza (2) concordam que o isolamento dos trabalhadores constitui-se como importante barreira para a efetivação da intersetorialidade. As autoras identificam o movimento, intencional ou não, de fechamento em suas próprias especialidades e setores como mecanismo de proteção que impactam a possibilidade de interação entre serviços e interpessoal.

Ao mesmo tempo, a intersetorialidade aparece enquanto recurso para superar as dificuldades, o que fica bastante claro quando todas as equipes visitadas citam as articulações com as equipes SEAS em visitas conjuntas aos territórios e em atendimentos compartilhados. Todos os serviços demonstraram compreender a ideia de incompletude institucional e valorizar dispositivos de interação em rede.

Como recursos interessantes de intersetorialidade ganharam destaque os calendários de visitas conjuntas ao território entre equipes SEAS e Consultórios na Rua, estimulada e pactuada entre gerências dos dois serviços nos três territórios; o grupo de Whatsapp, entre equipe SEAS da região central e equipe Consultório na Rua do Plano Piloto, que agiliza a comunicação, permite o compartilhamento e planejamento de intervenções e é composto por trabalhadores e coordenadores dos serviços. Fora os instrumentos citados acima, cuja forma de operacionalização garante maior continuidade, não foram identificados outros instrumentos de gestão, planejamento e execução conjunta de ações, de forma pactuada e formalizada entre as secretarias que executam os serviços do SUS e SUAS. Nem mesmo entre os serviços que ocupam o mesmo espaço físico, como é o caso do Centro Pop Brasília e da Equipe Consultório na Rua do Plano Piloto, ainda que as duas equipes considerem essa interação de grande importância.

Destaca-se que, como a observação nos mostra que a ação concreta de maior formalidade entre os serviços - visitas conjuntas ao território por equipe SEAS e Consultório na Rua - ocorreu por meio da pactuação entre gestores, é possível que isso aponte para uma necessidade de maior participação da gestão nas decisões sobre planejamento e execução de

^{viii} MENDES, E.V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996 apud (29)

^{ix} INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. Cadernos Fundap. São Paulo, n. 22, p. 102-110, 2001. Disponível em: <http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia_politicas_servicos_publicos.pdf>. Acesso em: 4 maio 2016 apud (4)

ações intersetoriais, respeitando, é claro, as experiências e estratégias que os trabalhadores já desenvolvem a partir da necessidade e apesar dos grandes desafios enfrentados.

Para Magalhães e Bodstein (30) o que se tem refletido na operacionalização das ações é a grande dificuldade de negociação e pactuação intersetorial. Se por um lado, em nível da macroestrutura de negociação e gestão, existe consenso acerca da necessidade e da importância de se pensar ações conjuntas, o mesmo não é válido para os níveis locais/regionais de gestão e serviços, prevalecendo a baixa adesão, disputas ideológicas, interesses eleitorais, que impactam a manutenção e sustentabilidade das parcerias. Coloca-se assim o desafio da construção de agendas integradas que considerem tanto as necessidades das rotinas dos serviços quanto as questões de ordem, estrutural.

As “Redes Sociais Locais” – espaços onde se reúnem serviços, associações e organização da sociedade civil e comunidade – também aparecem como importante instrumentos de intersetorialidade. Destaca-se que a participação nas redes foi percebida como esparsa ou inexistente na maioria dos serviços, apesar de todos perceberem e citarem sua importância. Apenas uma equipe destacou a centralidade e o esforço para participar das reuniões mensais da rede local. Em relação à organização de redes intersetoriais constituídas a partir das necessidades do território e com a participação da sociedade civil, Junqueira (31) afirma que são instrumentos potentes para superação dos problemas sociais, vez que incorporam os sujeitos como agentes de transformação na perspectiva do direito, e não como alvo de ações que partem do pressuposto da incapacidade. Nesta perspectiva, destaca-se que fortalecer a participação dos trabalhadores dos serviços nas Redes Sociais Locais pode ser instrumento importante de conexão do trabalho com as necessidades do território, de superação dos desafios gerados pela precariedade da estrutura e fragmentação.

De forma geral, percebe-se que a intersetorialidade segue norteando ações no trabalho com pessoas em situação de rua. As próprias demandas das pessoas em situação de rua e dos territórios se apresentam sob a faceta intersetorial, a medida que são construídas a partir de interações sociais, econômicas, culturais e ambientais. As normativas orientam nessa direção, e o trabalho direto com a PSR também valoriza e cria estratégias para operacionalização. Contudo, segue grande o desafio de organizar os serviços a partir da intersetorialidade, mesmo para sistemas com características e objetivos tão próximo quanto o SUS e o SUAS.

5 PROPOSTA DE APLICAÇÃO

Diante da complexidade do tema estudado, é possível ver com muita clareza ao final deste trabalho que a proposição de melhorias para a efetivação da intersectorialidade entre o SUS e o SUAS na atenção especializada à população em situação de rua do DF não é tarefa fácil. Esta tarefa, cuja importância é destacada no trabalho, não se inicia, nem se finda com ela, devendo ser realizada de forma constante a favor do objetivo de se efetivar a proteção social e o cuidado integral das pessoas em situação de rua.

Diante do desafio proposto pelo Curso de Especialização em Saúde Coletiva, segundo o qual os alunos deveriam realizar uma Produção Técnico Científica Aplicada, este trabalho foi realizado com a intenção de ser útil para o estímulo à construção de propostas aplicáveis de efetivação da intersectorialidade na atenção à população em situação de rua no DF. Nesta perspectiva, seu desdobramento se dá não apenas na proposição de uma estratégia aplicável específica, mas na abertura de possibilidades para a construção de estratégias, tanto por parte das autoras, em sua atuação como especialistas, como por parte dos leitores, em seus locais de atuação.

No sentido de construir práticas intersectoriais, destaca-se a vantagem de as autoras estarem inseridas na rede de atenção à PSR do DF. De um lado, a autora Carolina trabalha na Consultório na Rua do Plano Piloto e, de outro, a autora Carina encontra-se inserida em um grupo de pesquisa da Fiocruz Brasília sobre PSR. Este fato contribui para o vislumbre um maior número de possibilidades uma vez que permite a cada autora desenvolver, junto a seus colegas de trabalho, estratégias diversificadas.

Especificamente no trabalho junto ao Consultório na Rua do Plano Piloto, destaca-se a vantagem da proximidade física com a equipe do Centro Pop Brasília. Em relação a esta vantagem, uma estratégia que poderia ser implementada pela autora junto a seus colegas seria, por exemplo, a proposição de maior frequência de reuniões intersectoriais entre as duas equipes, para a construção de agenda conjunta e/ou para a discussão de casos.

No caso do trabalho junto ao Grupo de Pesquisa da Fiocruz, intitulado "População em Situação de Rua: políticas públicas, serviços e processos de trabalho em saúde", destaca-se a vantagem de se ter juntos pesquisadores dedicados a temas que se relacionam intimamente ao deste trabalho. Destaca-se ainda o envolvimento atual deste grupo com uma pesquisa específica, realizada no âmbito do edital de fomento INOVA Fiocruz. Esta pesquisa, em andamento, propõe-se a trabalhar na construção de uma ferramenta digital inovadora para a articulação da rede de atenção à PSR no DF. Em relação à vantagem do trabalho junto ao grupo de pesquisa, inclusive junto a este projeto específico, destaca-se como uma estratégia

possível a contribuição da autora nas reuniões, a partir dos conhecimentos obtidos sobre a intersetorialidade entre o SUS e o SUAS, a fim de que a ferramenta em desenvolvimento seja útil e efetiva para a realidade dos serviços do DF.

Em conclusão, partindo dos resultados e da discussão do presente trabalho, propõe-se como prioridade para a atuação das autoras junto a seus colegas a questão da melhoria da comunicação intersetorial entre os pontos da rede. Com foco nesta questão, expõe-se por fim uma das propostas pensadas conjuntamente pelas autoras durante as discussões em dupla. Esta se constitui basicamente na ideia de construção de uma ferramenta digital de comunicação entre os vários atores da rede de atenção à PSR (equipes, instituições, serviços). Seria desenvolvida na forma de um chat, com a intenção de substituir a utilização de whatsapp pessoal dos trabalhadores. Teria cadastro de diferentes atores da rede (equipes, instituições e serviços) e permitiria a comunicação de forma institucionalizada, desburocratizada e ágil.

Em relação a esta proposta destaca-se que as áreas de atenção às demandas de populações vulnerabilizadas são frequentemente fragilizadas pela falta de recursos, ainda que estes estejam disponíveis em outros pontos das redes. Isto aponta tanto para a desvalorização desses serviços quanto para a necessidade de modernização dos processos de trabalho que poderia tirar essas equipes do isolamento. Neste sentido, a proposta aqui apresentada vai ao encontro da necessidade de utilização de recursos de tecnologia de informação para facilitar e ampliar a resolutividade das equipes. Esta necessidade é destacada a partir da observação de que a utilização de instrumentos dinâmicos e modernos de comunicação pode auxiliar o fortalecimento da percepção de objetivos em comum e da incompletude dos serviços, além de facilitar a troca de experiências e o acompanhamento intersetorial das pessoas em situação de rua.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciamos as considerações finais ressaltando o quão proveitosa e engrandecedora foi a possibilidade de trabalharmos em dupla. A partir de distintas formações profissionais - psicologia e serviço social - e também de distintas experiências de trabalho e de vida, tivemos a possibilidade de fazer conversar nossas diferenças e semelhanças. Nestas conversas aprendemos bastante e ampliamos nossos olhares a partir de cada dificuldade enfrentada e também de cada pequena conquista conjunta.

Afirmamos também a importância deste trabalho para nossa formação como especialistas em Saúde Coletiva e para a concretização de conteúdos estudados durante o curso. Ao trazer para a discussão um tema tão relevante em nossas experiências de trabalho, tivemos a oportunidade de entender de forma mais significativa alguns conteúdos tratados nos eixos de Atenção à Saúde, de Gestão da Saúde e de Educação em Saúde. A partir também de orientações e de aulas direcionadas à produção deste trabalho técnico-científico tivemos a oportunidade de aumentar nossas habilidades em relação a este tipo de produção.

Por fim destacamos a necessidade de continuarmos dedicadas ao objetivo de contribuir para a efetivação da intersetorialidade na atenção à população em situação de rua do DF. Acreditamos que a partir deste trabalho e da conclusão do Curso de Especialização em Saúde Coletiva estamos mais preparadas em nossos ambientes de trabalho tanto para pensar em propostas de melhoria quanto para agir em favor de estratégias já iniciadas de efetivação da intersetorialidade. Da mesma forma, esperamos também que os leitores se sintam estimulados a pensar novas propostas e a agir em favor da efetivação da intersetorialidade.

REFERÊNCIAS

1. FLEURY & OUVÉNEY, A.M. Política de saúde: uma política social. In: Políticas e sistema de saúde no Brasil. Organizadores: Giovanella, Lígia et al. Editora FIOCRUZ, 1ª. Edição 2008, ISBN: 9788575411575. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413494>
2. MONNERAT, GL, & SOUZA, RG de. (2017). Da Seguridade Social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. *Revista Katálysis*, 14(1), 41–49. <https://doi.org/10.1590/s1414-49802011000100005>
3. VARANDA W, ADORNO RCF. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde e Sociedade* [internet]. 2004 [acesso em 2019]; 13(1): 56–69. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/s0104-12902004000100007>>.
4. EUSTÁQUIA, M., & GUIZARD, F. L. (2017). políticas públicas de saúde e assistência social : uma revisão do estado da arte, 1265–1286.
5. FIOCRUZ Brasília, Escola Fiocruz de Governo. Guia do Estudante, 2019. Disponível em <https://www.fiocruzbrasil.org.br/wp-content/uploads/2019/05/manual_2019.pdf>

6. FLEURY, Sonia. Políticas sociais e democratização do poder local. In: VERGARA, Sylvia C.; CORRÊA, Vera L. A. (Org.). *Propostas para uma gestão pública municipal efetiva*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2003. v. 2, p. 91- 115.
7. PEREIRA, Potyara A. P. *Política Social: Temas & Questões – 3 ed.*, - São Paulo: Cortez, 2011
8. SPOSATI, Aldaíza. Proteção social e seguridade social no Brasil: pautas para o trabalho do assistente social. *Revista Serviço Soc. Soc.*, São Paulo, n. 116, p. 652-674, out./dez. 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n116/05.pdf>>
9. BRASIL, MINISTÉRIO DA CIDADANIA. Sítio oficial, disponível em <<http://mds.gov.br/>>
10. PINHEIRO, Roseni. Integralidade. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>
11. AKERMAN M., FRANCO de Sá, MOYSES S., RESENDE R. E ROCHA D (2014). Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! TT - Intersectoriality? IntersectorialitieS! *Ciênc. Saúde Colet*, 19(11), 4291–4300. Retrieved from http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104291
12. BRASIL, Constituição 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil* [internet]. Brasília: Senado Federal, 1988 [acesso em 08 ago 2019]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.
13. PAIM, JS. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro* [internet]. Out, 2013 [acesso em 03 out 2019]; 29(10):1927-1953, Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a03v29n10>>.
14. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (BR). *Orientações técnicas: Centro de Referência especializado para População em situação de Rua e serviço especializado para Pessoas em situação de Rua* [Internet]. Brasília; 2011, 116p [acesso em 12 ago 2019]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_centro_pop.pdf>.
15. AGUIAR MM, IRIART JAB. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2012 [acesso em 08 ago 2019]; 28(1): 115–124. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0102-311x2012000100012>>.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE Ministério da Saúde (BR). *Manual sobre o Cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua* [Internet]. Brasília; 2012, 98p [acesso em 08 ago 2019]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf>.

17. CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. Resolução nº 109, 11 novembro 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais [Internet]. 2009 [acesso em 08 ago 2019]. Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/resolucoes/2009/R-esolucao_CNAS_no_109- de 11 de novembro de 2009.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/resolucoes/2009/R-esolucao_CNAS_no_109-de_11_de_novembro_de_2009.pdf)>.
18. SÁ-SILVA JR, ALMEIDA CD, GUINDANI JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais* [internet]. 2009 [acesso em 03 out 2019]; São Leopoldo, v. 1, n. 1, p. 1-15. Disponível em <<https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/view/6/pdf>>.
19. FONTELLES MJ, SIMÕES MG, FARIAS SH, FONTELLES RGS. Metodologia da Pesquisa Científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa [internet]. Núcleo de Bioestatística Aplicado à Pesquisa da Universidade da Amazônia – Unama. 2009 [acesso em 03 out 2019]. Amazonas. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n3/a1967.pdf>>.
20. DUTRA HS, BADARÓ CSM, FARAH BF, et al. Utilização da Visita Técnica no Ensino de Administração em Enfermagem. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*. 2019;9:e2502. [Access_____]; Available in:_____. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.2502>
21. BRASIL. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF; 1990 [Acesso em 08 ago 2019]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>.
22. BRASIL. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências [internet]. Brasília, DF; 1993 [acesso em 08 ago 2019]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm>.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.203, de 6 de novembro de 1996. [Internet]. 1996 [acesso em 08 ago 2019]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>
24. BRASIL, CONSELHO NACIONAL NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL Resolução nº 33, 12 dezembro 2012. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social -NOB/SUAS [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 03 jan 2013 [acesso em 08 ago 2019]. Disponível em : <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/CNAS_2012_-_033_-_12.12.2012.pdf>.
25. BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004. [internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, 28 out 2004. Seção 1, p.110-121 [acesso em 20 set 2019]. Disponível em <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=28/10/2004&jornal=1&pagina=110&totalArquivos=196>>.

26. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de promoção da saúde do Sistema Único de Saúde [internet]. 2017 [acesso em 08 ago. 2019]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.htm>.
27. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Básica – Política Nacional de Atenção Básica – Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
28. 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 [internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 24 dez. 2009 [acesso em 08 ago. 2019]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm>
29. AZEVEDO, E., FOCESI PELICONI, M. C., & WESTPHAL, M. F. (2012). Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. *Physis*, 22(4), 1333–1356. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000400005>
30. MAGALHÃES, R., & BODSTEIN, R. (2009). Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 861–868. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232009000300021>
31. JUNQUEIRA, L. A. P. (2000). Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. *RAP - Revista de Administração Pública*, 34(6), 35–45. Retrieved from <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6346/4931>