

**ATENÇÃO**  
INTEGRAL À SAÚDE DE  
**PESSOAS** <sup>EM</sup> SITUAÇÃO  
DE RUA COM ÊNFASE NAS  
EQUIPES DE CONSULTÓRIOS  
NA RUA

**CADERNO DE ATIVIDADES**

## Ministério da Saúde

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE – SAS

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA – DAB

## Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz

PRESIDENTE

Nísia Trindade Lima

DIRETOR DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA – ENSP

Hermano Albuquerque de Castro

VICE-DIRETORA DE ENSINO – VDE/ENSP

Lúcia Maria Dupret

COORDENADOR DE DESENVOLVIMENTO EDUCACIONAL E EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA – CDEAD

Maurício De Seta

## Curso de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Rua com Ênfase nas Equipes de Consultórios na Rua

COORDENADORAS

Lucília Elias Lopes

Luciene de Moraes Pires Cinti

ASSESSORAS PEDAGÓGICAS

Ana Paula Abreu-Fialho – 2014 a 2018

Mônica de Rezende – 2013 a 2016

Moacyr Torres – 2013 a 2016

Patrícia Barreto – 2013

Maria Angélica Costa – 2016

Suely Rocha – 2018

Priscila Talita Oliveira – 2018

# ATENÇÃO

INTEGRAL À SAÚDE DE  
**PESSOAS** EM SITUAÇÃO  
DE RUA COM ÊNFASE NAS  
EQUIPES DE CONSULTÓRIOS  
NA RUA

## CADERNO DE ATIVIDADES



Lucília Elias Lopes  
Organizadora

Copyright ©2014 dos autores

Todos os direitos de edição reservados à Fundação Oswaldo Cruz/Ensp/EAD

1ª edição – 2014

1ª reimpressão – 2016

2ª edição – 2018

#### SUPERVISÃO EDITORIAL

Maria Leonor de M. S. Leal

#### PROJETO GRÁFICO E TRATAMENTO DE IMAGEM

Jonathas Scott

#### REVISÃO E NORMALIZAÇÃO

Ana Lucia Normando

Christiane Abbade

Maria Auxiliadora Nogueira

Selma Monteiro Correia

#### FOTOS DE CAPA E MIOLO

Antonello Veneri (2011, 2012, 2013)

#### EDITORIAÇÃO ELETRÔNICA

Adriana Carvalho

Rejane Megale Figueiredo

Carlos Fernando Reis

#### LEITURA METODOLÓGICA

Ana Paula Abreu-Fialho

Monica de Rezende – 1ª edição

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

L864a    Lopes, Lucília Elias  
Atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas  
equipes de consultórios na rua: caderno de atividades / organizado por Lucília Elias  
Lopes. – 2ª ed. – Rio de Janeiro, RJ: Coordenação de Desenvolvimento Educacional  
e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz,  
2018.  
320 p. : il.  
ISBN: 978-85-8432-053-0

1. Assistência Integral à Saúde. 2. Pessoas em Situação de Rua. 3. Acesso aos  
Serviços de Saúde. 4. Moradores de Rua. 5. Aprendizagem. 6. Educação a Distância.  
7. Materiais de Ensino. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.1

2018

**Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância  
da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**

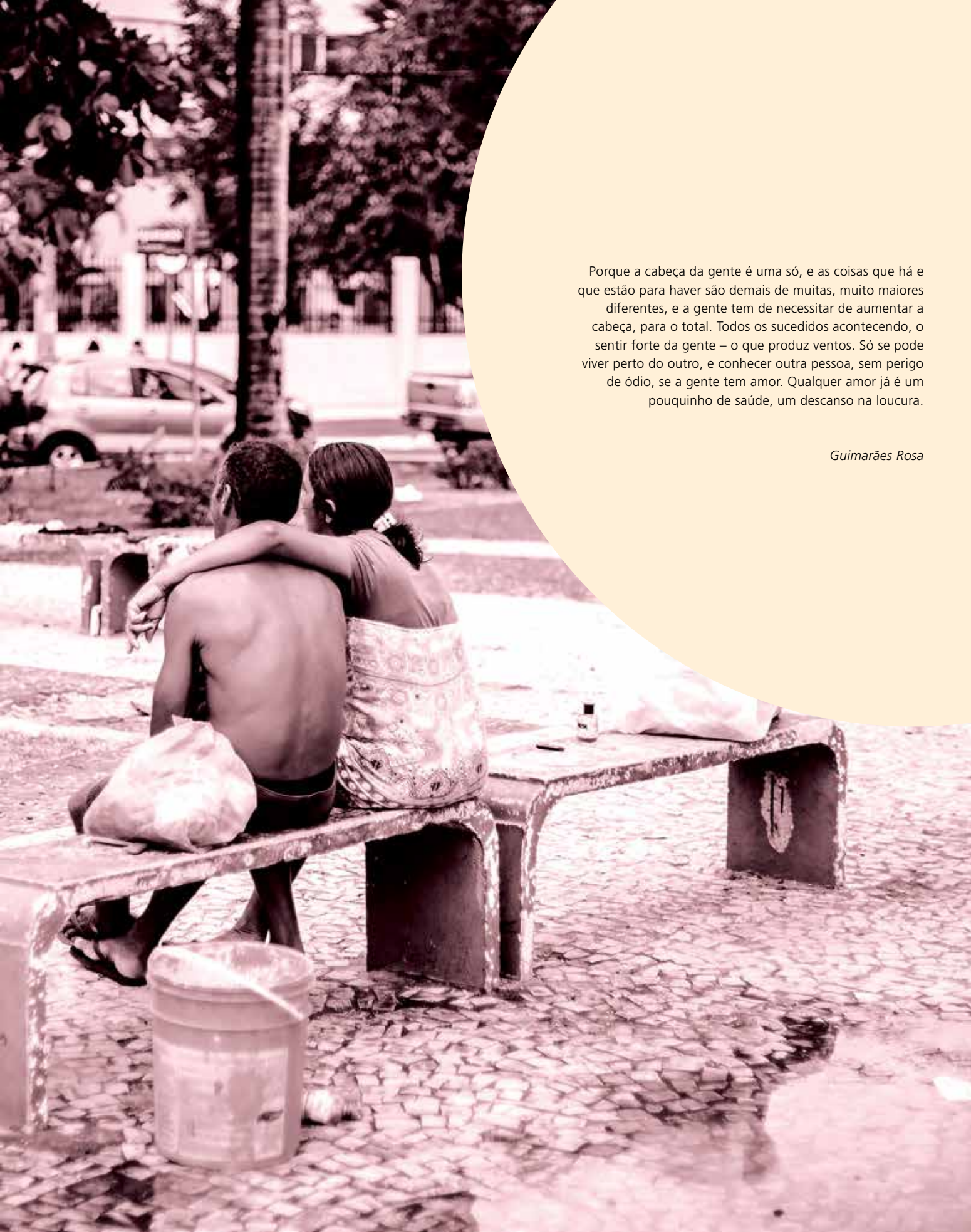
Rua Leopoldo Bulhões, 1.480

Prédio Professor Joaquim Alberto Cardoso de Melo

Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ

CEP: 21041-210

www.ead.fiocruz.br



Porque a cabeça da gente é uma só, e as coisas que há e que estão para haver são demais de muitas, muito maiores diferentes, e a gente tem de necessitar de aumentar a cabeça, para o total. Todos os sucedidos acontecendo, o sentir forte da gente – o que produz ventos. Só se pode viver perto do outro, e conhecer outra pessoa, sem perigo de ódio, se a gente tem amor. Qualquer amor já é um pouquinho de saúde, um descanso na loucura.

*Guimarães Rosa*





# Organizadora

## **Lucília Elias Lopes**

Psicóloga; doutora em ciências da saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz); mestre em psicologia social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Tecnologista em saúde pública na função de psicóloga do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF/ENSP/Fiocruz).

# Autores

## **Carmen Lúcia Albuquerque de Santana**

Psiquiatra e arteterapeuta; doutora em ciências pela FMUSP; mestre em psiquiatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP); mestre em políticas e serviços de saúde mental pela Universidade Nova de Lisboa e Organização Mundial da Saúde; professora afiliada da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

## **Christiane Sampaio**

Psicóloga; mestre em educação pela Universidade Federal de Santa Maria; especialista em saúde coletiva; assessora de álcool e drogas pela Superintendência de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

## **Joice Pacheco**

Psicóloga; mestre em saúde mental e atenção psicossocial pela UFSC; especialista na gestão da PNAS; atualizações em violência contra a criança e adolescente e em saúde da população de rua com ênfase nas equipes de consultório na rua.

## **Jorge Samuel Dias Lima**

Médico; residência em medicina de família e comunidade (MFC) pela UFCE; especialista em MFC pela SBMFC; especialista em clínica médica pela SBCM; preceptor colaborador da residência médica de MFC no cenário/estágio do consultório na rua na Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde; profissional de equipe de consultório na rua.

## **Kátia Muniz Amirati**

Enfermeira pela Universidade Federal de São Paulo; especialista pela Faculdade Santa Marcelina na residência multiprofissional em saúde da família; especialista em saúde da família pela Universidade Federal de São Paulo (Unasus-EAD); especialista em enfermagem em saúde mental e psiquiatria pela Universidade Federal de São Paulo; enfermeira do Consultório na Rua, Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto, São Paulo.

## **Marcelo Pedra Martins Machado**

Psicólogo sanitarista; mestre em Políticas Públicas em Saúde (Fiocruz Brasília) e Educação em Saúde (IMS/UERJ); especialista em Arte & Cultura na saúde (IOC/Fiocruz); especialista em Apoio Institucional (Unicamp); especialista em Educação em Saúde (IMS/UERJ). Consultor técnico do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

# Colaboradores

## **Gustavo Figueiredo**

Cirurgião-dentista; mestre em tecnologia educacional pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); doutor em psicologia da comunicação pela Universidade Autônoma de Barcelona.

## **Jorgina Jorge Sales**

Enfermeira pela Universidade de Fortaleza; especialista em pesquisa em álcool e outras drogas (Senad/USP); especialista em urgência e emergência em enfermagem. Atualmente, é docente da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas; enfermeira do Programa Municipal de Saúde Mental e coordenadora do Consultório na Rua "Fique de Boa"/Secretaria Municipal de Saúde de Maceió; referência técnica do Plano Emergencial para Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas de Maceió (PEAD 2009-2010).

## **Mara Cristina Fernandes Barbosa**

Graduada em serviço social pela UFRJ; mestre em serviço social pela PUC-Rio; especialista em administração hospitalar pelo Instituto de Medicina Social da Uerj. Assistente social da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social). Diretora do Creas Wanda Engel Aduan.

## **Marco Aurélio de Rezende**

Licenciado em psicologia; especialista em saúde do trabalhador; consultor técnico do Departamento da Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde (Deges/SGTES/MS).

## **Rosana Ballesteiro Rodrigues**

Psicóloga; especialista em apoio institucional em saúde (Unicamp). Consultora técnica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

## **Valeska Antunes**

Médica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2003) e residência médica pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição (2006). Atualmente, é médica da Estratégia Saúde da Família/ Consultório na Rua/apoio à gestão da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde.



# Sumário

Primeiras palavras .....	13
--------------------------	----

Apresentação .....	21
--------------------	----

## I Território e redes

*Christiane Sampaio*

Sobre a unidade de aprendizagem .....	25
Texto disparador de reflexões .....	27
Território .....	29
População em situação de rua .....	31
O cuidado e a rua .....	52
Rede .....	58
Considerações finais .....	68
Atividades da Unidade de Aprendizagem I .....	69
Atividade 1 – O que acontece em cada lugar? .....	71
Atividade 2 – Análise situacional .....	71
Atividade 3 – Análise do fenômeno da violência no território .....	74
Atividade 4 – Mapa falante .....	75
Atividade 5 – Percurso de rede .....	77

## II Processos de trabalho das equipes de Consultório na Rua

*Joice Pacheco; Jorge Samuel Dias Lima; Katia Amirati; Marcelo Pedra Martins Machado*

Sobre a unidade de aprendizagem .....	83
Texto disparador de reflexões .....	85
População em situação de rua e a saúde como direito .....	87
O processo de trabalho das eCR .....	96
Considerações finais .....	141



Atividades da Unidade de Aprendizagem II .....	157
Atividade 1 – Compreensão da equipe de Consultório na Rua dentro da Atenção Básica: a clínica da rua. ....	159
Atividade 2 – Como concretizar a clínica da rua? .....	161
Atividade 3 – Análise do perfil sócio demográfico e de atendimento da população de rua acompanhada pela equipe de Consultório na Rua .....	162
Atividade 4 – Identificação de ações prioritárias no processo de trabalho da equipe de Consultório na Rua .....	163
Atividade 5 – Construção de uma agenda mensal para a Equipe de Consultório na Rua .....	164
Atividade 6 – Utilização de ferramentas organizativas do processo de trabalho da equipe .....	166

### III Cuidado à pessoa em situação de rua

*Carmen L.A. Santana; Katia M. Amirati*

Sobre a unidade de aprendizagem .....	171
Atividades da Unidade de Aprendizagem III .....	175
Atividade 1 – Introdução ao cuidado às pessoas em situação de rua .....	177
Atividade 2 – Elaboração do caso .....	178
Atividade 3 – Projeto Terapêutico Singular .....	180
Atividade 4 – Sistematização de uma prática de cuidado voltada à população em situação de rua .....	183
Textos de apoio às atividades .....	185
Sugestão de roteiro para elaboração de um caso na perspectiva da saúde .....	187
Significado da palavra cuidado .....	190
Clínica ampliada .....	191
Conceito de saúde .....	191
Sobre integralidade na assistência à saúde .....	192
Projeto Terapêutico Singular (PTS): roteiro geral para estruturação .....	192
Especificidades do atendimento à população em situação de rua .....	193
Problemas ortopédicos .....	197



Condições de saúde e ciclos de vida .....	199
Álcool e outras drogas .....	201
Criança e adolescente .....	206
Doenças sexualmente transmissíveis .....	211
Feridas e doenças de pele .....	215
Gestação .....	220
Hipertensão e diabetes .....	225
Idoso .....	229
Infestações .....	236
Saúde bucal .....	238
Transtorno mental .....	242
Travestis e transexuais .....	248
Tuberculose .....	253
Textos de apoio aos tópicos de cuidado a diferentes condições de saúde e ciclos de vida .....	261
Álcool e outras drogas .....	263
Doenças sexualmente transmissíveis .....	267
Feridas e doenças de pele .....	270
Gestação .....	272
Hipertensão e diabetes .....	275
Idosos .....	276
Infestações .....	278
Transtorno mental .....	280
Tuberculose .....	294
<b>Referências .....</b>	<b>301</b>







# Primeiras palavras

Antes de iniciar o estudo do seu Caderno de Atividades do Curso de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Rua com Ênfase nas equipes de Consultórios na Rua, propomos a leitura do texto a seguir com o objetivo de que você se situe a cerca da recente história da constituição das políticas públicas nacionais referentes à população em situação de rua, assim como a respeito dos serviços públicos criados para acolher, dialogar e responder às diversas questões colocadas por essa complexa demanda.

Veja alguns elementos importantes para analisarmos esse percurso histórico até a criação das equipes de Consultório na Rua (eCR).

## Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua

Sem dúvida, a primeira grande fotografia do contexto nacional da população em situação de rua foi produzida pela Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua, realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social entre os anos de 2007 e 2008. Essa pesquisa deu uma contribuição significativa ao colocar a questão em evidência para a sociedade e o governo brasileiro, servindo como subsídio para as políticas públicas hoje implantadas.

Foram identificadas 31.922 pessoas em situação de rua nas cidades pesquisadas. Esse número diz respeito aos resultados da pesquisa realizada em 71 municípios. Entre as capitais brasileiras, São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre não fizeram parte dessa pesquisa, pois recentemente haviam realizado estudos semelhantes. O município do Rio de Janeiro, por exemplo, apresentou uma pesquisa em que o número de pessoas vivendo em situação de rua foi de 5.750. Assim, considera-se que, atualmente, o total de pessoas vivendo em situação de rua no Brasil é mais elevado.

A maior contribuição trazida pelo resultado dessas pesquisas foi desmistificar e complexificar a questão da vida nas ruas e suas relações.

Os dados apresentados e as articulações entre eles deixam claro o quanto é difícil, e provavelmente impossível, dar respostas rápidas e simples aos problemas que se apresentam às pessoas em situação de rua, assim como aos trabalhadores e serviços envolvidos.

A determinação de gênero, de raça/cor e escolaridade mantém um forte traço de nossa sociedade quanto à exclusão de negros, com baixa escolaridade e pobres. Porém, quando a questão é o motivo de ida para as ruas, drogas, desavenças familiares e desemprego misturam-se de uma maneira que fica muito complicado dizer qual é a “verdadeira causa”, tornando assim igualmente difícil determinar qual a forma mais adequada de propor caminhos: tratamento para a questão com as drogas, “restituição” dos laços familiares ou trabalho/emprego. Provavelmente, as propostas atravessam um trabalho articulado entre esses três campos. Outro mito importante que a pesquisa ajuda a quebrar é que as pessoas em situação de rua sejam “vagabundas e desocupadas”, pois o percentual de trabalhadores é maioria absoluta. Além desse, desfaz o mito da fome absoluta, já que é igualmente grande o número de pessoas que se alimentam todos os dias, vivendo nas ruas, conforme nos aponta a pesquisa.

## Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR, Decreto n. 7.053, de 23/12/2009)

A PNPR traz consigo o acúmulo dos últimos anos de debate, da produção de dados e do conhecimento sobre a população em situação de rua, associados à intensa participação do Movimento Nacional de População em Situação de Rua (MNPR). Esse acúmulo se apresenta desde a caracterização dessa população até a necessária articulação de atores e políticas públicas a fim de oferecer algumas respostas às questões trazidas.

A PNPR apresenta como diretrizes: promoção de direitos; articulação e integração das políticas públicas; implantação e ampliação das ações educativas destinadas à superação do preconceito, assim como a capacitação dos servidores públicos para melhoria da qualidade e do respeito no atendimento desse grupo populacional. Além disso, um dos fundamentais objetivos dessa política é criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços.

O Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da PNPR é instituído com a integração de representantes da sociedade civil

e um representante e respectivo suplente de diversos órgãos (Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, que o coordenará; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Ministério da Justiça; Ministério da Saúde; Ministério da Educação; Ministério das Cidades; Ministério do Trabalho e Emprego; Ministério dos Esportes; e Ministério da Cultura). Ficam também instituídos 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, para as cidades que aderirem à PNPR.

## Redução de Danos e o Programa de Redução de Danos (Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – MS)

A Redução de Danos (RD) no Brasil tem seu marco inicial na experiência da cidade de Santos-SP, em 1989, e, em 1995, segue como estratégia de enfrentamento à epidemia de Aids, que, então, ocorria no país, na forma dos Programas de Redução de Danos (PRD). Nesse momento de implantação das ações de redução de danos, as universidades e as coordenações municipais/estaduais tiveram o papel de dar vida e corpo aos primeiros PRD, financiados pelo Ministério da Saúde. Essa foi uma das experiências iniciais em que a oferta de cuidado aconteceu de maneira ativa, indo até as comunidades e os espaços onde circulavam os usuários que não queriam ou não conseguiam se cuidar.

A RD tem uma longa história e vasto repertório de estratégias e medidas no campo da saúde pública voltadas para minimizar as consequências adversas do uso de drogas. O princípio fundamental que as orienta é o respeito à liberdade de escolha, na medida em que os estudos e as pesquisas realizados apontam que alguns usuários não conseguem e/ou não querem parar de usar drogas, mas precisam ter os riscos minimizados para a infecção pelo HIV e hepatites. Todo esse aprendizado precisa ser incorporado à clínica e ao cuidado em saúde, de maneira geral, não só para as questões referentes ao uso prejudicial de drogas, mas em toda relação de cuidado. O ponto comum nas diversas experiências mundiais (Inglaterra, Holanda, entre outras) com a RD é utilizar como eixo central o protagonismo do usuário no processo de cuidado.

A RD se apresenta no contexto da Atenção Básica como uma ética/lógica essencial na produção do cuidado. Articulando um conjunto de estratégias e saberes, a RD busca estar no centro da relação entre todos os trabalhadores da saúde e o usuário do SUS. Tomando como pressuposto que o cuidado será pautado pela relação estabelecida entre o trabalhador da saúde e o usuário, as ofertas dialogam com as possibilidades e limites dessa relação. Essa perspectiva procura oferecer uma chance de lidar com o afastamento dos saberes e práticas dos trabalhadores da saúde da vida concreta dos usuários, afastamento este que se traduz na produção de um cuidado prescritivo e pouco aberto à participação ativa do usuário.

Há boas pistas para o SUS nessa experiência: a aposta na força do vínculo aos usuários e na escuta desses como ponto de partida para pensar e operar a clínica; a criação de um espaço para que os usuários possam ser capazes de se auto-organizar e se autocuidar; assim como o fortalecimento do papel do trabalhador do SUS como facilitador desse processo, sempre de maneira ativa, oferecendo o que for possível a cada momento.

## Consultório de Rua (Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – MS)

O Consultório de Rua surge de uma experiência realizada pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia, no ano de 1999, em que se buscava uma resposta para o problema das crianças em situação de rua e uso de substâncias psicoativas, a partir da experiência denominada Banco de Rua, desenvolvida na Praça da Piedade, em Salvador, idealizada e conduzida pelo prof. Antonio Nery Filho. Diante da constatação da vulnerabilidade de crianças e adolescentes em situação de rua e de sua exposição aos mais diversos riscos, sua equipe passou a trabalhar em regiões da cidade onde a concentração dessa população e os riscos sociais, físicos e psicológicos eram maiores.

O Ministério da Saúde, no ano de 2009, propõe o Consultório de Rua como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (Pead), no Sistema Único de Saúde, e também do Plano Nacional Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas, em 2010.



Até meados de 2011, o Sistema Único de Saúde (SUS) contava com equipes de Consultório de Rua que faziam parte da Política Nacional de Saúde Mental. Todavia, ouvida a população de rua que reivindicava ser vista não apenas pelo uso problemático do álcool e outras drogas ou pela vivência do sofrimento ou transtorno psíquico, essas equipes foram incorporadas ao conceito e às práticas da Política Nacional de Atenção Básica.

## Outras experiências de cuidado à população em situação de rua

A construção de propostas para o cuidado da população em situação de rua no Brasil tem um longo histórico de intersetorialidade. Nas décadas de 1970 e 1980, a Pastoral do Povo da Rua, da Igreja Católica, iniciou um movimento de organização de pessoas em situação de rua, com destaque para os municípios de São Paulo e Belo Horizonte. Tais iniciativas religiosas foram responsáveis por implantar casas de assistência a pessoas em situação de rua naquela época, organizar movimentos de representação popular, sobretudo em relação aos catadores de material reciclável, e realizar eventos e comemorações de mobilização social de cunho local (BASTOS, 2003).

Após o aumento da representatividade da população em situação de rua, potencializada por essas iniciativas, os gestores públicos dos municípios de maior porte começaram a delinear estratégias de identificação das demandas e de abordagem desse grupo social. Em Belo Horizonte, por exemplo, a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social assumiu, em 1993, a agenda política das ações voltadas para essa parcela da população, por meio do Programa de População em Situação de Rua, e fomentou a realização do Fórum da População em Situação de Rua. Tal iniciativa desempenhou, então, o papel de integrar vários segmentos sociais na tarefa de discutir e elaborar políticas públicas capazes de reverter o quadro de exclusão, que se impunha cada vez mais crítico. Entre os seus objetivos, destacaram-se: conhecer a realidade da rua e caracterizar o perfil desse grupo social; identificar as diversas instituições que atuavam com essa população; e implementar, com ela, programas de apoio; bem como capacitar tecnicamente os seus membros na busca de alternativas às demandas apresentadas (BELO HORIZONTE, 1998a)

A partir das constatações do Fórum, foi proposto e realizado um censo específico para a população em situação de rua (BELO HORIZONTE, 1998b), que reorientou a conformação dos serviços de saúde dirigidos a ela.

## O cuidado à população em situação de rua na Atenção Básica

Nesse contexto, percebeu-se que o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF) implantadas, caracterizado pela responsabilização por uma área geográfica fixa e uma população adscrita, não era apropriado para incluir os moradores de rua pela sua característica migratória, o que gerava exclusão dessas pessoas da rede assistencial. Assim, em 2002, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte implantou a primeira equipe de Saúde da Família específica e exclusiva para o atendimento da População em Situação de Rua (PSR), sem território de abrangência fixo, que passou a ser o equipamento de saúde de referência para essa população, e assumiu a vocação de matriciar as demais eSF do município na sensibilização do cuidado à PSR eventualmente presente nos territórios dessas equipes, de forma transversal (REIS JUNIOR, 2011).

Pouco tempo depois, o município de São Paulo, com histórico semelhante, implantou suas primeiras equipes de Saúde da Família para população em situação de rua por meio do Programa “A Gente na Rua” (CANONICO et al., 2006), e aprofundou o paradigma semântico de certas abordagens de equipes à PSR, em que visita domiciliar passou a ser “visita de rua”; domicílio, “o lugar em que se costuma ficar na rua”; e família, aquela “constituída por indivíduos declarados no momento do cadastro” (CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010).

Outras experiências de centros de saúde com equipes de atenção básica tradicional também começaram a sistematizar ações para a população em situação de rua, porém não de modo exclusivo como as eSF referidas (CARNEIRO JUNIOR et al., 2006).

Mais tarde, outros municípios como Rio de Janeiro, Porto Alegre e Curitiba implantaram suas primeiras equipes de Saúde da Família para população em situação de rua. Além do município de Belo Horizonte, os municípios de São Paulo, Porto Alegre, Recife e Rio de Janeiro também realizaram censos municipais específicos para contagem e estudo desse grupo social.

Diante desse contexto, as equipes de Consultório na Rua (eCR), instituídas pela Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) (BRASIL, 2012), integraram-se como um dos componentes da atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial. E, assim, passaram a seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na Pnab, buscando atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua,

considerando uma das demandas dessa equipe a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, *crack* e outras drogas.

As equipes de Consultório na Rua são multiprofissionais e prestam atenção integral à saúde, tanto na rua (*in loco*) como na Unidade Básica de Saúde (UBS) onde estão lotadas. As atividades são realizadas de forma itinerante, com ações compartilhadas e integradas às demais UBS locais. As equipes de Consultório na Rua lidam com diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, desenvolvendo também 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.

Este curso, que consiste em uma ação de educação permanente, foi elaborado a partir dos problemas e desafios concretos das equipes de Consultório na Rua, visando, assim, apoiar e ofertar ferramentas concretas para sua implantação e qualificação do processo de trabalho, em consonância com as diretrizes da política nacional.

Esperamos que esta iniciativa contemple as inquietações e dificuldades que surgem no cotidiano de quem trabalha nas equipes de Consultório na Rua e, também, as dos demais trabalhadores da rede que se relacionam com a população em situação de rua. Esperamos ainda que, a partir do curso, outras estratégias sejam articuladas nos territórios por vocês, protagonistas desse processo, para que tenhamos resultados positivos no que diz respeito à melhoria da Atenção Básica no país.

**Um bom curso a todos/as!**





# Apresentação

Você está iniciando agora seu percurso pelas atividades do Curso de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Rua com Ênfase nas Equipes de Consultórios na Rua.

Esse percurso será realizado por você junto com outros alunos, com quem formará uma equipe de trabalho no curso (a “miniequipe”), constituída com base na proximidade geográfica de vocês. Isso é importante porque os problemas e as questões variam muito de um território para o outro. A realidade local vai ser singular, pois, mesmo nos grandes centros de uma mesma cidade, percebemos diferentes formas de viver da população em situação de rua, locais em que descansam, trabalham, assim como os locais de intenso consumo de drogas. Todos esses aspectos influenciam a forma de ofertar e estabelecer cuidado.

Aprender a atuar de forma intersetorial e coletiva, articulando profissionais da assistência social e saúde, com inserções diversificadas, é fundamental para potencializar na prática o conceito da integralidade da atenção.

Durante o curso, serão frequentes as propostas para você dialogar com a sua realidade, seja sobre questões relacionadas ao seu território de atuação, à gestão do seu processo de trabalho ou ao cuidado oferecido à população em situação de rua. Para promover o diálogo, este Caderno de Atividades traz propostas diversas, distribuídas ao longo de três unidades de aprendizagem.

Na primeira unidade de aprendizagem (“Território e redes”), a ideia é que você realize uma aproximação com esse território. Significa que, além das informações valiosas que já sabe sobre esse espaço onde a vida de quem mora na rua acontece, você poderá refletir um pouco mais sobre esse lugar vivo, considerando suas particularidades e características, entendendo como a rede de cuidado está articulada, para, assim, pensar sobre a melhor forma de inserir suas ações nesse cenário vivo, a rua.

Na segunda unidade de aprendizagem (“Processos de trabalho das equipes de Consultório na Rua”), você fará um mergulho na gestão do processo de trabalho, entendendo um pouco mais o que significa a gestão do processo de trabalho em saúde e como esses saberes podem contribuir para o desenvolvimento das ações de cuidado.

Na terceira e última unidade de aprendizagem (“Cuidado à pessoa em situação de rua”), questões relacionadas ao cuidado à pessoa em situação de rua serão discutidas por meio de um caso, estruturado pelo grupo, em um encontro presencial.

As duas primeiras unidades de aprendizagem apresentam uma estrutura semelhante: um texto disparador de reflexões, que não pretende dar conta das respostas às atividades que estão propostas neste caderno, mas, sim, instigá-lo a refletir sobre as temáticas mencionadas. Já a Unidade de Aprendizagem III apresenta uma estrutura um pouco diferente, em que não há texto disparador, mas insumos para ajudá-lo a construir o que é proposto por meio das atividades.

Para a realização de cada atividade, você contará com o auxílio do professor-tutor. Algumas das atividades estão associadas a leituras indicadas. Essas leituras não são voltadas para responder às atividades que você estará realizando, pois este curso está todo estruturado na problematização da sua prática, discussão, investigação e análise de situações (trazidas pelo grupo ou previamente estruturadas). A ideia é que os textos oferecidos lhe possibilitem um olhar ampliado sobre a temática-foco de cada uma das unidades de aprendizagem.

**Bons estudos!**



# I | Território e redes

Christiane Sampaio





## Sobre a unidade de aprendizagem

Você está iniciando, agora, a Unidade de Aprendizagem I: “Território e redes”. Nela, você vai transitar pela forma de viver das pessoas em situação de rua por meio do depoimento de profissionais, de pesquisas e relatos da população que vive na rua.

Você também irá perpassar a análise de questões que circundam a vida dessas pessoas: o preconceito, a invisibilidade, a violência, as vulnerabilidades sociais e os agravos à saúde. Outro tema importante é a abordagem do trabalho em rede e o seu potencial de promoção da intersetorialidade no cuidado, um desafio a ser enfrentado quando estamos lidando com as histórias de vida e as trajetórias daqueles que vivem nas ruas.

Os objetivos desta unidade são:

- \* Orientar o trabalhador a reconhecer e articular os recursos do território.
- \* Fomentar o trabalho em rede.

Para alcançá-los, a unidade está organizada com um texto disparador de reflexões e as atividades, que irão nortear o seu processo de imersão no campo e a sua reflexão sobre os aspectos importantes da sua prática de trabalho, tendo como subsídio as leituras realizadas e as discussões com os demais alunos que compõem a sua miniequipe.

Assim, pretendemos ajudá-lo a identificar as soluções existentes no território e a articular o trabalho em rede como uma das potenciais ferramentas para constituir os planos de cuidado mais integrais (já que, na maioria das vezes, os casos requerem diversos recursos, tendo em vista suas complexidades), mas sem esquecer sobretudo de valorizar o desejo daqueles que vivem nas ruas.

Bons estudos!





Texto disparador  
de reflexões



# Território

Eu aguento até rigores  
Eu não tenho pena dos traídos  
Eu hospedo infratores e banidos  
Eu respeito conveniências  
Eu não ligo pra conchavos  
Eu suporto aparências  
Eu não gosto de maus tratos  
  
Mas o que eu não gosto é do bom gosto  
Eu não gosto de bom senso  
Eu não gosto dos bons modos  
Não gosto

*Senhas – Adriana Calcanhoto*

As diretrizes que orientam o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política Nacional de Saúde Mental apresentam uma noção de território que compreende não apenas uma área geográfica delimitada, mas as pessoas, as instituições, as redes e os cenários em que se dá a vida comunitária. Território é lugar de vida, de caráter processual, produtor de relações que podem ser tanto de identidade como de diferença, onde têm lugar o conflito e sua negociação.

A noção de território vivo, de Milton Santos (1998), considera as relações sociais e as dinâmicas de poder que configuram os territórios como lugares que tomam uma conotação também subjetiva.

Configuram-se território o humano, a vida, a identidade social, bem como os aspectos econômicos da relação do sujeito com o trabalho, as diferentes classes sociais e suas lutas de classe. O território é mediado pelas histórias de vida daqueles que nele moram e conduzem, de diferentes formas, as suas relações simbólicas com o mundo.

Na Saúde, também se utiliza a concepção de territórios existenciais de Guattari (1990). Os territórios existenciais, que podem ser individuais ou de grupo, representam espaços e processos de circulação das subjetividades. São territórios que se configuram, desconfiguram e se reconfiguram a partir de possibilidades, agenciamentos e relações que pessoas e grupos estabelecem entre si.

Incorporar a concepção de territórios existenciais implica considerar não apenas as dimensões subjetivas daqueles que são cuidados, as pessoas, mas também a subjetividade dos trabalhadores de saúde. E trabalhar com saúde pressupõe que os próprios trabalhadores de saúde permitam deslocamentos em seus territórios existenciais, já que a principal ferramenta de trabalho em saúde é a relação.



Diversos teóricos que escreveram sobre o conceito de território mencionam a ideia de poder, de forma direta ou indireta. Se você tiver interesse em se aproximar um pouco dessa visão, indicamos a leitura de *As diferentes abordagens do conceito de território*, de Adilson Aparecido Bordo et al., disponível na biblioteca virtual do curso.



Caso tenha interesse em se aprofundar na discussão do território para o campo da saúde, indicamos a leitura do texto *O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente*, de Maurício Monken et al., disponível na biblioteca virtual do curso.

O território na saúde coletiva é onde se desenvolvem ações de saúde pública, por meio das produções coletivas, com materialidade histórica e social e configurações espaciais singulares, compatíveis com a organização político-administrativa e institucional de cada local. Um dos objetivos é prevenir riscos e evitar danos à saúde, a partir de um diagnóstico situacional e das condições de vida e saúde da população. Para que isso ocorra, propõe-se a organização e a participação da população em espaços de trocas e pactuações para a qualidade de vida e o sentimento de bem-estar. Assim, o território do qual falamos é ao mesmo tempo:

- \* Território suporte da organização das práticas em saúde.
- \* Território suporte da organização dos serviços de saúde.
- \* Território suporte da vida da população.
- \* Território da conformação dos contextos que explicam a produção dos problemas de saúde e bem-estar.
- \* Território da responsabilidade e da atuação compartilhada.

A discussão acerca do que venha a ser o **território** implica também outras duas noções, a saber: **intersectorialidade** e **rede**. A primeira refere-se à necessidade de que os serviços incluam em suas ações, na perspectiva de um trabalho de **território**, os demais equipamentos e instâncias que, de certo modo, estejam envolvidos na vida do sujeito em tratamento. Já a noção de **rede**, que se amplia para além da simples reunião de serviços que integram um determinado **território**, diz respeito a um novo modo de conceber e praticar o cuidado, que inclui um efetivo esforço de articulação entre as diferentes instâncias que se relacionam à vida do sujeito (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

O território que vamos estudar neste curso é a rua, mas o que permeia esse território?

A rua é um território que, no universo urbano, tem formas de vida extremamente estranhas e diferentes dos padrões mais comuns das metrópoles: diferentes das formas “normais” de morar, comer, trabalhar, de passar o tempo, a família, as relações interpessoais. A rua é um espaço de vida, ao mesmo tempo, fora dos padrões estabelecidos na cidade, mas totalmente dentro da cidade, produto de suas dinâmicas de exclusão: um “fora-dentro da cidade”. Fora de suas leis e de suas dinâmicas oficiais. A rua expressa as diferenças entre as cidades em uma mesma cidade.



## População em situação de rua



População em situação de rua abrange vários modos de vida na cidade, vários tipos de relações com a rua: pessoas com endereço fixo que passam a maior parte do tempo nos logradouros públicos; pessoas que moram na rua em tempo integral, que há muito perderam qualquer referência domiciliar ou familiar; imigrantes; desempregados, egressos dos sistemas penitenciário e psiquiátrico, pessoas que transitam de uma cidade a outra, entre outras situações que podem ou não ser definidas.

Aquele que foi parar na rua viveu um rompimento com as dinâmicas e os padrões estabelecidos pela sociedade, rompeu seus laços com a família, com o emprego, com os domicílios, com tudo aquilo que organiza a sociedade. O viver na rua evidencia, desse modo, as diferenças e os abismos sociais em seu grau máximo: a rua é o local de destino daqueles que perderam seu lugar, seja dos bairros mais abastados, seja das periferias ou dos presídios (MACERATA, 2010).

Diante da pluralidade dos indivíduos nas ruas, é necessário reconhecer a individualidade nas histórias de vida, e jamais tratar os sujeitos de forma unificada ou massificada, e entendendo que cada pessoa que vive nas ruas possui um contexto único e singular.

Um exemplo dessa multiplicidade e suas diferentes origens é a questão dos fluxos migratórios e seus efeitos na dinâmica da rua. Eles nos trazem novos desafios, no convívio, nos hábitos, na forma de pensar.

A sociedade tem um papel importantíssimo nesse contexto, pois é o seu olhar que, de alguma forma, irá imprimir o tom de pertencimento e integração aos imigrantes no contexto das cidades, assim como nas ruas.

## Caracterização da população em situação de rua

Em um esforço de conhecer um pouco melhor, saber como se comporta e interage a população em situação de rua, foram realizados alguns estudos.



Você pode conhecer a pesquisa do MDS acessando: [http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario\\_executivo\\_pop\\_rua.pdf](http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario_executivo_pop_rua.pdf).

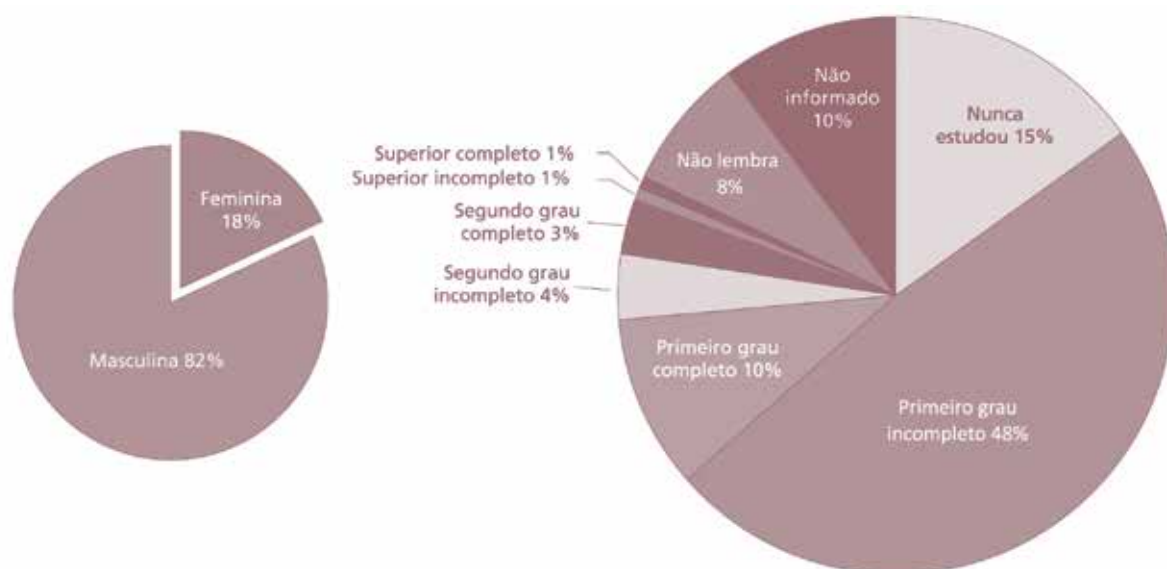
Para conhecer a pesquisa do Ipea, visite: [http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=28819](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28819)

Em 2015, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) realizou pesquisa e estimou que o Brasil tem pouco mais de 100 mil pessoas vivendo nas ruas. Foi possível ainda avaliar que a população em situação de rua no Brasil se concentra nos grandes municípios: das 101.854 pessoas em situação de rua em 2015, 40,1% estavam em municípios com mais de 900 mil habitantes e 77,02%, em municípios com mais de 100 mil pessoas. Nos municípios menores, com até 10 mil habitantes, a percentagem diminui muito – apenas 6,63%.



Há 31.922 pessoas em situação de rua nas cidades pesquisadas, vivendo em calçadas, praças, rodovias, parques, viadutos, postos de gasolina, praias, barcos, túneis, depósitos e prédios abandonados, becos, lixões, ferro-velho ou pernoitando em instituições. Veja alguns gráficos selecionados a partir da pesquisa com informações sobre essas pessoas:

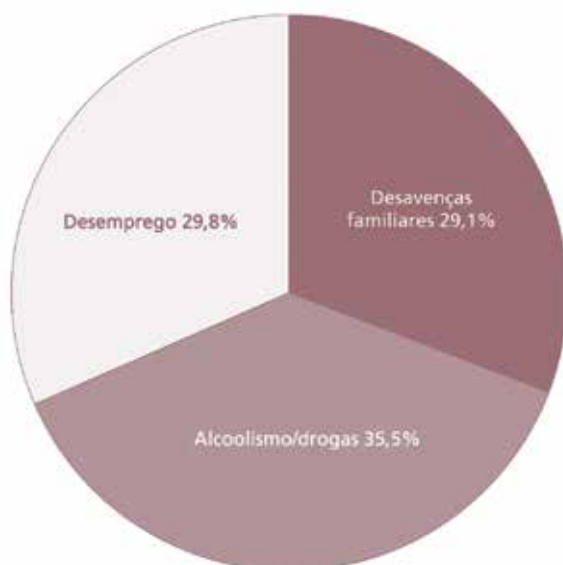
Gráfico 1 – Gênero e escolaridade da população em situação de rua



Fonte: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2008).

A população em situação de rua é predominantemente masculina (82%). O grau de escolaridade é variado. Em questionamentos mais específicos aos entrevistados, a pesquisa levantou que 17,1% não sabem escrever e 8,3% apenas assinam o próprio nome.

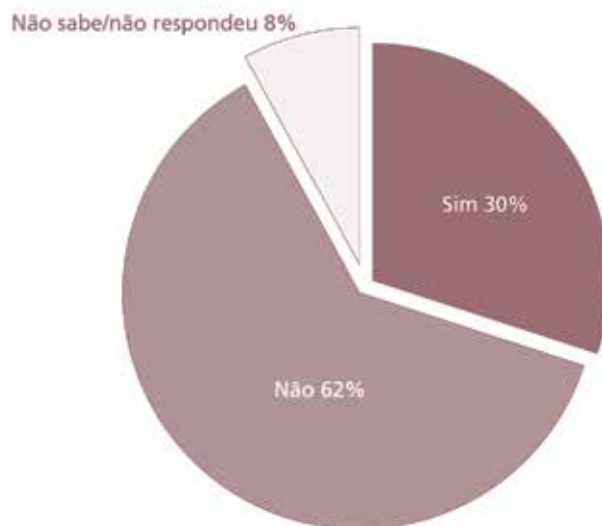
Gráfico 2 – Motivos relatados para a passagem para a situação de rua



Fonte: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2008).

Os principais motivos pelos quais essas pessoas passaram a viver e morar na rua se referem aos problemas de alcoolismo e/ou drogas; desemprego e desavenças com pai/mãe/irmãos. Esse dado é coerente com outros dados coletados: cerca de 51,9% das pessoas possuem um parente na cidade onde se encontram, 39,2% consideram como bom ou muito bom o relacionamento que mantêm com esses parentes, enquanto 29,3% consideram esse relacionamento ruim ou péssimo.

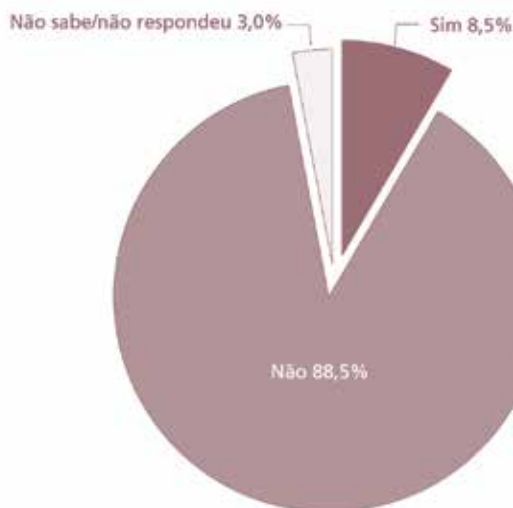
Gráfico 3 – Percepção sobre problemas de saúde



Fonte: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2008).

A visão do que é saúde para as pessoas em situação de rua pode ser percebida por meio deste resultado. Aproximadamente 62% dos entrevistados afirmaram não ter nenhum problema de saúde, embora vivam em situação de rua. Dos que declararam ter problemas de saúde, os mais citados são: hipertensão (10,1%), problema psiquiátrico/mental (6,1%), HIV/Aids (5,1%) e problemas de visão/cegueira (4,6%).

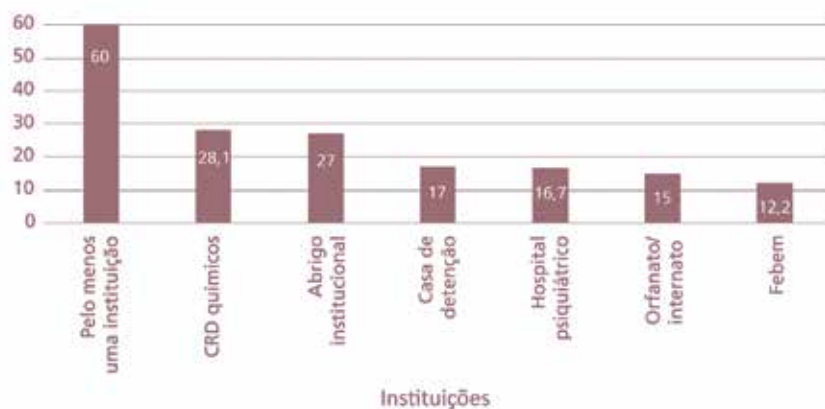
Gráfico 4 – Percepção sobre participação nos programas governamentais



Fonte: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2008).

A pesquisa mostra que boa parte das pessoas em situação de rua não se percebe como participante de programas sociais governamentais. Isso indica que esses programas, de fato, não acessam essas pessoas ou elas não conseguem reconhecer as ações dos programas em sua vida.

Gráfico 5 – Histórico de internações dos entrevistados em situação de rua



Fonte: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2008).

É bastante significativo o número de pessoas em situação de rua que passaram por circunstâncias de internação de alguma natureza ao longo da vida, o que pode indicar a expressiva vulnerabilidade social e os agravos à saúde a que estão submetidos.

Gráfico 6 – Participação em movimentos sociais



Fonte: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2008).

Ainda é muito inexpressiva a participação das pessoas em situação de rua nos movimentos sociais. Esses dados nos apontam o quanto é importante a criação de espaços com a participação cidadã dessa população.

Além das informações apresentadas nos gráficos, algumas outras merecem igual destaque:

- \* Mais da metade (53%) das pessoas adultas em situação de rua entrevistadas possui entre 25 e 44 anos.
- \* 39,1% das pessoas em situação de rua se declararam pardas.
- \* A população em situação de rua é composta, em grande parte, de trabalhadores: 70,9% exercem alguma atividade remunerada. Dessas atividades, destacam-se: catador de materiais recicláveis (27,5%), flanelinha (14,1%), construção civil (6,3%), limpeza (4,2%) e carregador/estivador (3,1%). A maioria (52,6%) recebe entre R\$ 20,00 e R\$ 80,00 semanais.
- \* 19% dos entrevistados não conseguem se alimentar pelo menos uma vez ao dia.



Você pode ter acesso a esse estudo na biblioteca do curso, buscando por Relatório eCR 2013.

Para dados regionais de censos (mais atualizados que a pesquisa de 2008) relacionados à população em situação de rua de outras cidades, visite os sites:

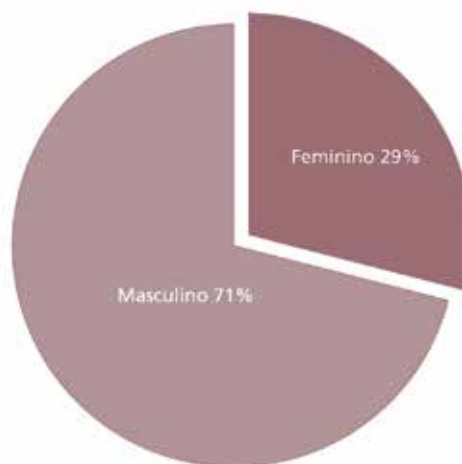
São Paulo: <http://goo.gl/QmQmCY>.

Rio de Janeiro: <http://goo.gl/wT8E26>.

Belo Horizonte: <http://goo.gl/GL000K>.

Para dados mais recentes, o relatório de 2013 do Sistema de Apoio à Pesquisa Estatística (Siapes) nos oferece informações advindas dos dados das equipes de Consultório na Rua cadastrados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes). Veja alguns gráficos que apontam dados do perfil e dos atendimentos realizados:

Gráfico 7 – Gênero dos usuários cadastrados

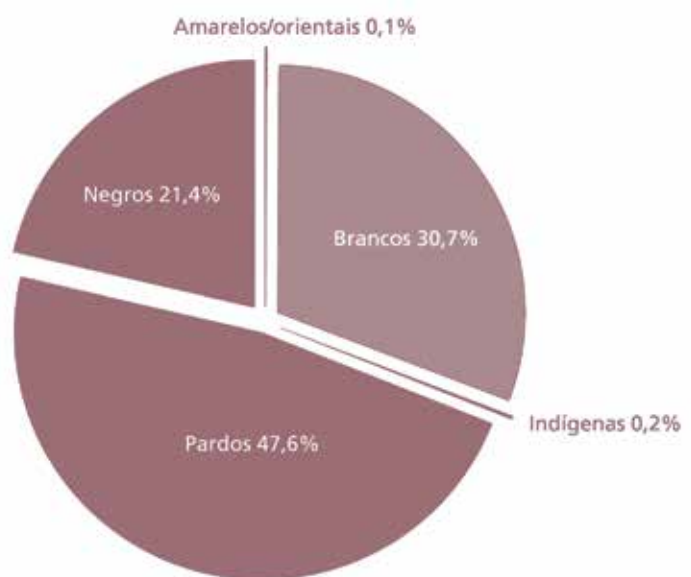


Fonte: Siapes (2013)

Os dados são cumulativos do período de setembro de 2012 a dezembro de 2013. São provenientes de 77 equipes cadastradas, que atendem 107.847 usuários cadastrados. São realizados 294.820 atendimentos (19.654/mês). Cada equipe atende, em média, 238 usuários por mês.



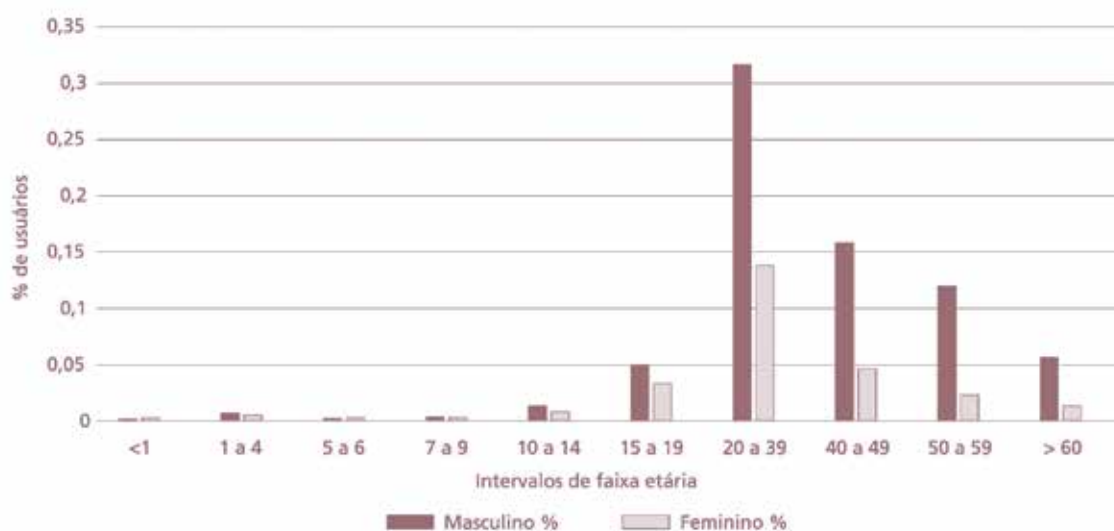
Gráfico 8 – Raça/cor dos usuários cadastrados (até outubro 2013)



Fonte: Siapes (2013).

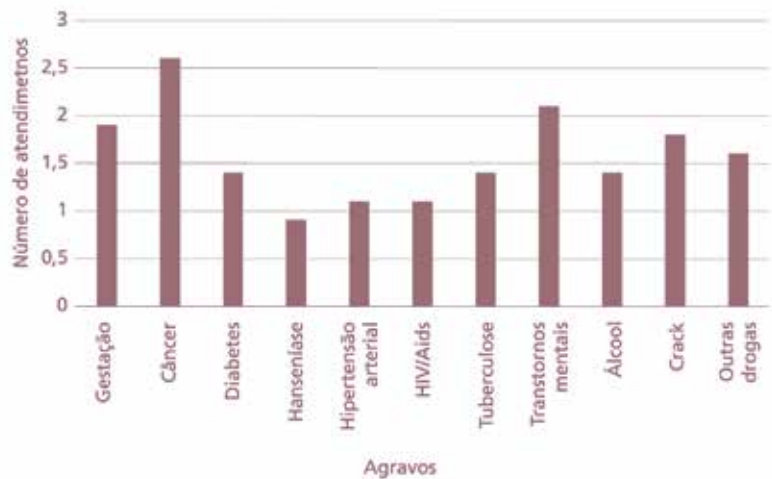
A maior parte das pessoas em situação de rua, que foram atendidas até outubro de 2013, autodeclarou-se negra e parda.

Gráfico 9 – Usuários atendidos agrupados por faixa etária em dezembro de 2013



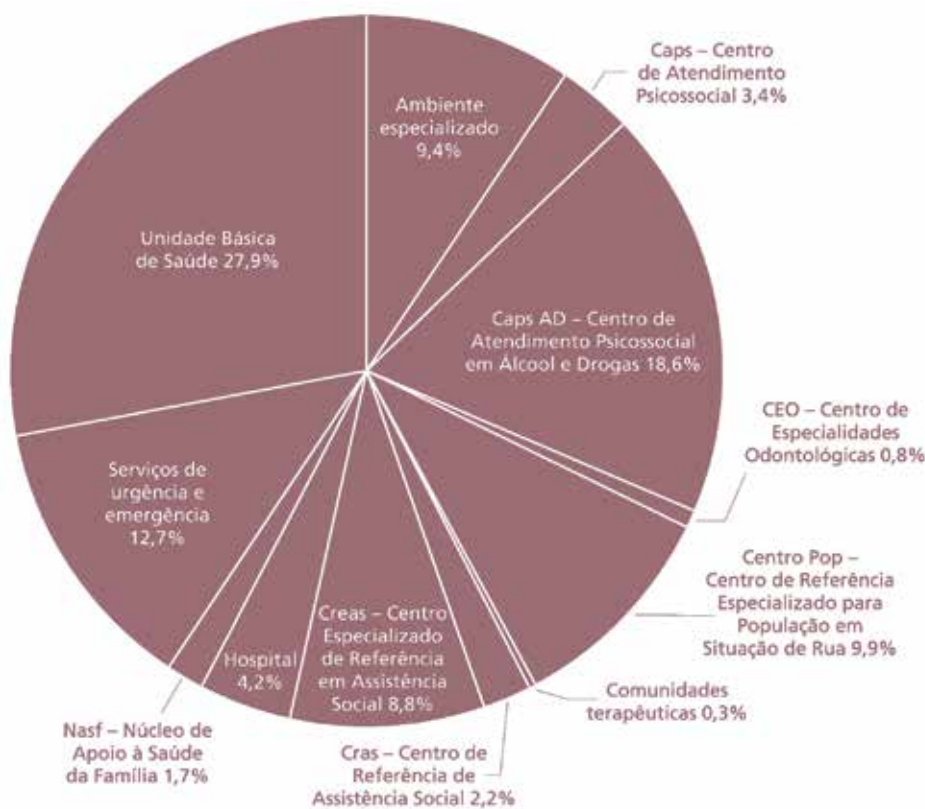
Fonte: Siapes (2013).

Gráfico 10 – Média de atendimentos por agravos/condições de saúde em dezembro de 2013 (exceto atendimento médico e de enfermagem)



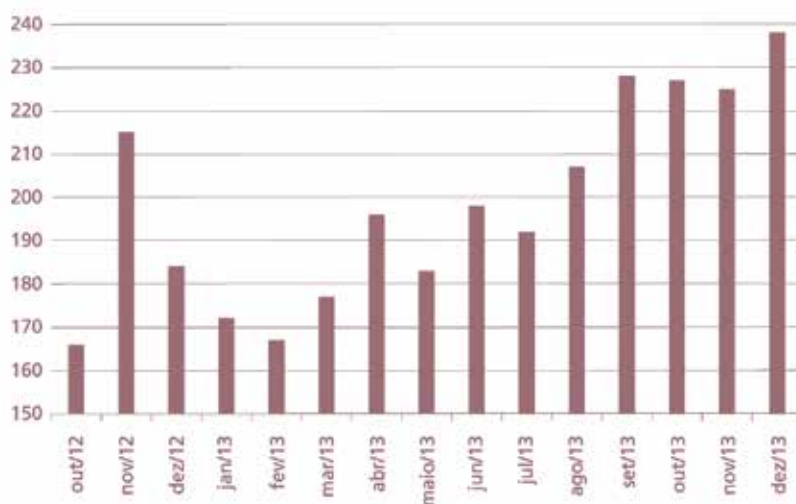
Fonte: Siapes (2013).

Gráfico 11 – Percentual de usuários atendidos nos diferentes serviços a partir do encaminhamento das equipes de Consultório na/de Rua em dezembro de 2013



Fonte: Siapes (2013).

Gráfico 12 – Número médio de usuários atendidos por equipe de Consultório na Rua



Fonte: Siapes (2013).

### Para refletir

Como se comportam esses dados no seu território?

Outro estudo relevante para nos fazer refletir sobre a população em situação de rua revelou o perfil dos usuários de *crack* por meio de inquérito epidemiológico, que descreveu tanto as características socio-demográficas como comportamentais dessa população. Foi realizado a partir de uma amostra representativa das 26 capitais, Distrito Federal, nove regiões metropolitanas e municípios de médio e pequeno porte. Alguns achados relevantes em destaque:

- \* Não se pode afirmar de maneira simplista que os usuários de *crack* sejam uma população de/na rua, mas é expressiva a proporção de usuários nessa situação: aproximadamente 40% dos usuários no Brasil se encontravam em situação de rua.
- \* Quando questionados sobre os motivos que os levaram ao uso de *crack*/similares, mais da metade dos usuários disse ter vontade/curiosidade de sentir o efeito da droga. A pressão dos amigos foi relatada por 26,7% dos usuários, e 29,2% dos entrevistados disseram que alguns dos motivos para início do uso da droga foram problemas familiares ou perdas afetivas. Esses achados apontam para duas questões centrais em políticas públicas: reforçar laços familiares de modo a minimizar os conflitos e prevenir o consumo



Você pode ter acesso a esse estudo nos endereços eletrônicos: <http://bit.ly/1iGkoCk> e <http://bit.ly/OoNxnN>.

e/ou facilitar a ressocialização do usuário, trabalhando não apenas com o usuário individual, mas também com suas redes sociais e suas famílias.

- \* Mais de 70% dos usuários no Brasil disseram compartilhar os apetrechos utilizados para o uso do *crack*/similares.
- \* Entre as mulheres usuárias de *crack*/similares que participaram da pesquisa, cerca de 10% relataram estar grávidas no momento da entrevista.
- \* Comparados com a população brasileira, os usuários de *crack*/similares, entrevistados nessa pesquisa, apresentam prevalência de HIV cerca de oito vezes maior que a da população geral (5,0% vs. 0,6%). Cabe salientar que, nas capitais, essa taxa foi maior que nos demais municípios.
- \* Perguntados em relação aos aspectos considerados importantes para que eles (usuários e usuárias) possam acessar os serviços de saúde, destacam-se os serviços associados à assistência social, como distribuição de alimento, oferta de serviço de saúde e higiene, apoio para conseguir emprego, escola/curso e atividades de lazer. Isso nos dá pistas importantes para o desenvolvimento de ações e políticas públicas para esse grupo populacional.

---

### Para refletir

Como é a relação das pessoas em situação de rua que você atende com o *crack*? E com álcool? E outras drogas?

---

Não conheceremos a população em situação de rua apenas pelos dados de pesquisas, mas eles são importantes para termos uma percepção geral (no território brasileiro) da abrangência das características dessa população.

Os dados sobre perfil epidemiológico (distribuição dos fenômenos de saúde/doença e seus condicionantes) e etnográfico (histórias de vida) são valiosos para a definição de políticas públicas que tentem de fato dialogar com o manejo das vulnerabilidades dessa população.



## Vulnerabilidades da população em situação de rua

A população em situação de rua tem suas singularidades, comporta pessoas com diferentes realidades, mas que têm em comum a condição de pobreza absoluta e a falta de pertencimento à sociedade formal.

Pessoas em situação de rua vivenciam inúmeras dificuldades. A mais evidente delas é a sua precária forma de viver. A **vulnerabilidade social** faz com que o grupo viva inúmeros problemas: desconforto em face da diversidade da rua, ambiente sem condições de cuidados básicos, precariedade da vida nas ruas, tendo em vista as condições de higiene, a falta de espaço apropriado para o descanso, o incômodo da insegurança e, principalmente, o olhar suspeito e preconceituoso que, muitas vezes, a sociedade que o cerca lhe dirige. As lutas pela reconstrução dos sentidos de si no mundo são cotidianas e permanentes.

Essa realidade é característica do processo de exclusão social que existe no Brasil neste início de milênio. A exclusão social, que passamos a conhecer, tem origens econômicas, mas caracteriza-se, também, pela falta de pertencimento social, por falta de perspectivas, dificuldade de acesso à informação e perda da autoestima.

**Vulnerabilidade social** – Conceito multidimensional que se refere à condição de indivíduos ou grupos em situação de fragilidade que os tornam expostos a riscos e níveis significativos de desagregação social. Relaciona-se ao resultado de qualquer processo acentuado de exclusão, discriminação ou enfraquecimento de indivíduos ou grupos, provocado por fatores como pobreza, crises econômicas, nível educacional deficiente, localização geográfica precária e baixos níveis de capital social, humano ou cultural (sobre o conceito de capital, ver Bourdieu, 2005), dentre outros, que geram fragilidade dos atores no meio social.

Todas as sociedades são compostas de semelhança e de diferença: elas são formadas por um coletivo com características individuais particulares, diferentes. As diferenças fazem parte da natureza humana e compõem a base de uma sociedade. Porém, é muito provável que um desacerto da sociedade ocorra quando as diferenças são acentuadas. Isso pode acontecer no caso da miséria, predominante na população em situação de rua, no crescente aumento do consumo de drogas por populações em situação de extrema pobreza e vulnerabilidade social, nas condições de desigualdade educacional, na precarização dos vínculos de trabalho nas áreas urbanas e rurais, dentre outros marcadores sociais que apontam para insegurança, violência e desvalorização da pessoa.

Esses fatores podem fazer com que as pessoas pactuem (consciente ou inconscientemente) um processo de exclusão social.

Os mecanismos mais comuns de exclusão são os **rótulos** (ou **estereótipos**) e **preconceitos**. Os rótulos expressam nossa maneira de perceber o outro; os preconceitos, nossa maneira de agir com esse outro. O preconceito, ou melhor, a atitude preconceituosa, é a maneira de agir que se organiza não a partir da realidade, da pessoa de verdade, mas do rótulo que lhe damos; assim estabelecemos uma maneira de lidar com o outro que rompe com a capacidade de estimularmos outras maneiras de agir e de estar no mundo, personificando a pessoa no rótulo e não deixando espaço para que outras representações apareçam. Isso, comumente, faz do morador de rua alguém que, além de viver nas ruas, carrega consigo outros rótulos – de drogado, maluco e bandido.

A maneira como nos referimos à pessoa em situação de rua pode ser uma forma de rotulá-la ou de dificultar novas formas de olhar. Para estabelecer o debate acerca da utilização ou não desta ou daquela palavra para definir uma determinada população (especialmente a que faz uso de álcool e outras drogas), você pode visitar o texto *Nem usuário, nem dependente: por uma nova definição*, de Dênis Roberto da Silva Petuco, disponível na biblioteca virtual do curso.



## Para refletir

Ao iniciar seu trabalho com população em situação de rua, como você lidou com os rótulos que inconscientemente dava a essas pessoas? Como você pode ajudar outras pessoas a rever os rótulos que aplicam à população em situação de rua?

Como o processo de rotular age nas nossas interações pessoais?

Na maioria das vezes, produz efeitos, distanciamentos, dificuldade de entender, de olhar o outro; em alguns casos, pode até provocar proximidade, identificações, embora isso seja mais escasso quando falamos dos excluídos da sociedade. Na maioria das vezes, as identificações e a proximidade ocorrem entre pares; no caso dos usuários de drogas, isso explica a constituição de guetos, como é o caso das cenas de uso de *crack*, conhecidas popularmente como “cracolândias”.

Um dos grandes problemas do rótulo é a apropriação que fazemos dele, tornando-o um traço de identidade que dificulta a transição para outros referenciais também estruturais do sujeito. Exemplo disso é o sujeito que faz uso abusivo de drogas; ele acaba se personificando no rótulo “drogado” de tal forma que deixa de existir em outras frentes de representações sociais, como trabalhador, pai, alguém que joga futebol. O não engessamento do rótulo é que faz deslizar outras representações salutaras para os indivíduos.

Duas perguntas importantes devem ser feitas, quando percebemos que estamos rotulando alguém: “Por que preciso dar este rótulo? Que reação eu posso esperar da pessoa que rotulo?” Isso nos fará refletir sobre as normalizações que estabelecemos na relação com o outro.

Veja algumas falas das pessoas em situação de rua sobre o preconceito, retiradas de um documentário feito pelos Médicos sem Fronteiras, intitulado *Sua rua, minha vida*.



Por isso, é preciso que fiquemos atentos aos efeitos que provocamos ao rotular alguém. E lembrar que também rotulamos sem dizer os rótulos, com o olhar, com o jeito de agir, com a linguagem corporal!



Se você tiver interesse em conhecer a exposição fotográfica *Sua rua, minha vida*, dos Médicos sem Fronteiras, acesse: [http://www.ccms.saude.gov.br/Msf/sua\\_rua\\_minha\\_vida/index.html](http://www.ccms.saude.gov.br/Msf/sua_rua_minha_vida/index.html).



Pelos rótulos que estabelece, a sociedade, hegemonicamente, busca expulsar as pessoas das ruas por meio de grupos de extermínio, sequestros legitimados, operações higienistas de ordenação e limpeza urbana das ruas e exclusão cotidiana. Assim, a sociedade coloca a pessoa em situação de rua como algo externo a ela, como se só estivesse nessa situação por sua própria culpa, não tendo nenhuma relação com a dinâmica social. Daí decorrem dois modos de relação: um que busca exterminar diretamente a pessoa em situação de rua, e o outro que busca eliminar a diferença que essa pessoa traz, reduzindo intervenções de “recuperação”, salvação, readaptação da pessoa aos padrões considerados normais (MACERATA, 2010).

São muitas as formas de violência a que a população em situação de rua está exposta. Veja, a seguir, alguns aspectos desse tipo de vulnerabilidade.

## Violência como um fator de vulnerabilidade da população de rua

A violência exercida, especialmente, como processo social não é objeto específico da área da saúde. A saúde, além de atender as pessoas que sofrem com a violência social ou urbana, é responsável ainda por encontrar caminhos para estabelecer o cuidado e a prevenção dentro desse cenário, com o objetivo de buscar o bem-estar individual e coletivo.

Para a comunidade internacional de direitos humanos, a violência é compreendida como todas as violações dos direitos civis (vida, propriedade, liberdade de ir e vir, de consciência e de culto); políticos (votar e ser votado, ter participação política); sociais (habitação, saúde, educação, segurança); econômicos (emprego e salário) e culturais (direito de manter e manifestar sua própria cultura). As formas de violência tipificadas como violação da lei penal – assassinato, sequestros, roubos e outros tipos de crime contra a pessoa ou contra o patrimônio – formam um conjunto que se convencionou chamar de **violência urbana**, porque se manifesta principalmente no espaço das grandes cidades. Não é possível deixar de lado, no entanto, as diferentes formas de violência existentes no campo.

**Violência social** – Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) em seu último documento sobre o tema, “a violência, pelo número de vítimas e a magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países” [...], “O setor saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social” (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1993, p. 1).

Um conceito importante na atualidade é o da violência simbólica. Ele é muito útil para pensarmos o preconceito e o estigma como forma de violência “invisível”, exercida por intermédio de processos de comunicação e conhecimento que se estabelecem em uma relação de subjugação e submissão, extremamente presente na relação da sociedade com as pessoas em situação de rua. Para Bourdieu (2003), idealizador do conceito, a violência simbólica resulta de uma dominação, na qual o dominado é cúmplice do dominante na sustentação de um conjunto de regras, naturalizadas e tratadas como adequadas ao convívio social. A violência simbólica inculca as condições ditas necessárias para a vida em sociedade, por meio da moral e dos valores dominantes, utilizando-se de relações sociais mediadas por instituições como o Estado, a escola, a família, a igreja, entre outras.

“Processos de comunicação” refere-se a relações em que possa haver exercício de poder (ex.: professor-aluno, patrão-empregado, profissional de saúde-usuário do serviço, mídia-sociedade). Trata-se da ideia da preponderância do discurso do dominante.

Essa cumplicidade não explícita é muito evidente no discurso das pessoas em situação de rua, quando se sentem responsáveis pelos seus contextos de vida, ou quando atrelam isso ao seu lugar de pecador, descumpridor das regras, errante.

Os rótulos e, conseqüentemente, o preconceito, vêm de forma expressiva marcados pelo lugar de superioridade e pela diferenciação de lados entre aqueles que rotulam e aqueles que são rotulados, trazendo como efeito a dominação e a oferta de um lugar ao dominado que, muitas vezes, se apropria desse lugar.

Vale destacar que, apesar da denominação “violência simbólica”, tal conceito não desconsidera as manifestações reais do poder e da violência, como situações em que pessoas são espancadas, violentadas, exploradas, mas busca visualizar, “na teoria, a objetividade da experiência subjetiva das relações de dominação” (BOURDIEU, 2003, p. 43).

A saúde constitui a encruzilhada para onde confluem as diversas formas de violência, pela relação entre profissionais e pacientes acometidos que adentram os serviços de atenção básica, de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, de busca por bem psicológico. No desenvolvimento social, ocorrem convergências semelhantes quando encontramos, nos abrigos ou nas ações de rua, indivíduos sem emprego e renda, com fome, sem lugar para morar, sem documento, destituído do lugar cidadão.

Quando há situações de violência direcionadas a crianças e adolescentes, estejam eles ou não em situação de rua, as ações de cuidado e proteção são essenciais. Em muitos casos, eles são vítimas da violência expressa nas ruas; em outros casos, estão nas ruas em função de situações de violência exercida em meio à família. Um dos nossos grandes desafios é acessá-los nas ruas; para isso, é necessário estabelecer discurso e metodologias com os quais crianças e adolescentes se identifiquem e, assim, se vinculem.

É comum ouvir dos trabalhadores que vão ao encontro de crianças e adolescentes nas ruas o quanto é difícil esse contato. Para romper barreiras, é essencial constituir uma boa escuta e um vínculo para a construção partilhada de um plano de cuidado.

Conforme o Ministério da Saúde nos aponta na publicação *Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências* (BRASIL, 2011), é importante a formulação de protocolos e fluxos bem definidos e articulados entre os serviços da rede para promoção do cuidado a crianças e adolescentes vítimas de violência.

Após o acolhimento e acompanhamento das demandas de cada caso, é importante definir os aspectos a serem trabalhados com cada criança,

adolescente e família, realizar reuniões em equipe para discutir os desdobramentos das ações implementadas, as possíveis alterações das ações traçadas, a necessidade de envolvimento de outros membros da família, de outros profissionais. No decorrer do acompanhamento nos serviços, as equipes têm a possibilidade de fazer as investigações e os tratamentos clínicos e psicossociais necessários, tais como:

- \* fortalecer o vínculo com a família e aprofundar a compreensão do contexto em que ocorreu a situação de violência;
- \* buscar o contato com outros familiares/pessoas que possam contribuir para a superação da situação;
- \* esclarecer dúvidas da família sobre as possíveis consequências das violências sofridas e as formas de lidar com elas, evitá-las ou diminuí-las;
- \* acompanhar os procedimentos legais e de proteção, respondendo às demandas dos Conselhos Tutelares ou da Justiça e interagindo com esses órgãos, de modo a garantir os direitos da criança e oferecer suporte emocional nos períodos mais difíceis (depoimentos na Justiça, rupturas de laços familiares etc.);
- \* acompanhar o desenvolvimento socioemocional da criança, a fim de detectar precocemente alterações ou orientar familiares e professores sobre como lidar com as alterações de comportamento porventura existentes.

As situações de violência, sejam essas com adultos ou crianças em situação de rua, requerem a responsabilidade do Estado como um todo, tendo em vista a necessidade de incluir várias frentes que contribuam para sua cidadania.

Como um auxílio para superar a violência do cenário social que envolve a população em situação de rua, podemos citar a **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**, que se ocupa de implementar ações que visem:

- promoção e garantia da cidadania e dos direitos humanos;
- respeito à dignidade do ser humano, sujeito de direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais;
- direito ao usufruto, a permanência, acolhida e inserção na cidade;
- não discriminação por motivo de gênero, orientação sexual, origem étnica ou social, nacionalidade, atuação profissional, religião, faixa etária e situação migratória;
- supressão de todo e qualquer ato violento e ação vexatória, inclusive os estigmas negativos e preconceitos sociais em relação à população em situação de rua.



A Coordenação Geral de Direitos Humanos e Segurança Pública – População em Situação de Rua norteia suas ações a partir do Programa Nacional de Direitos Humanos e do acompanhamento da implementação da Política Nacional para População em Situação de Rua. Para saber mais sobre a CGDHSP – População em Situação de Rua, acesse o endereço <http://goo.gl/rtk67a>.

A violência a qual nos referimos apresenta diversas naturezas e se constitui: na falta de equipamentos, na ausência no cuidado, na forma de olhar, na ação preconceituosa dos diversos setores sociais, nas ações expressas por meio da violência institucional e urbana.

Outra forma de violência presente e muito preocupante é a institucional, aquela cometida justamente pelos órgãos e agentes públicos que deveriam se esforçar para proteger e defender os cidadãos. Essa é uma discussão importantíssima porque, apesar de contarmos com uma Constituição democrática, ainda ocorrem práticas autoritárias, em nome da manutenção da lei e da ordem – portanto, do controle social. Tais práticas afetam, principalmente, os grupos vulneráveis da sociedade – dentre eles, a população em situação de rua –, aos quais o Estado deve uma atenção específica em razão de suas particularidades.

Muitas vezes, um braço do Estado vem reparar a violência cometida por outro braço do Estado. Um exemplo claro disso é que, inúmeras vezes, equipes de Consultório na Rua auxiliam moradores de rua a retirar seus documentos novamente, pois estes foram extraviados e/ou destruídos por outros agentes do Estado. Na maioria dos relatos expressos por essa população, esses atos ocorrem em ações policiais.

Para exemplificar uma situação de violência institucional, trazemos um relato ocorrido em Belo Horizonte:

Agentes municipais, apoiados pela Polícia Militar, têm passado pelas ruas de Belo Horizonte e recolhido os pertences pessoais das pessoas em situação de rua, como remédios, documentos, cobertores e material de trabalho, pois muitos vivem da catação de material reciclável. Além disso, tem sido constante, além da retirada de pertences, os jatos d'água por meio de carros-pipas, quando agentes municipais lavam os locais onde os moradores se encontram, forçando a saída deles do espaço onde se encontram (CENTRO NACIONAL DE DEFESA DE DIREITOS HUMANOS DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, 2013).

Historicamente, espaços ditos de proteção (manicômios, casas de menores, asilos, abrigos) têm instituído atos de violência que culminam com a lógica do preconceito e da exclusão que já discutimos.





A violência urbana também é um dos pontos de vulnerabilidade da população em situação de rua. São inúmeros os exemplos em que foram queimados, espancados, envenenados, assassinados.

Isso nos leva a pensar na necessidade de lutar para mudar os valores presentes nos relacionamentos sociais, mas também de pressionar a formulação de políticas públicas que contribuam para estimular a construção de identidades positivas em relação àqueles grupos que sofrem preconceito, tanto quanto implementar formas desburocratizadas de resolução de conflitos com a participação ativa dos grupos sociais interessados.

Para lidarmos com um fenômeno tão complexo como o da violência, é preciso que as equipes e os profissionais estejam atentos para:

- \* manejar os recursos comunitários como forma de integrar o sujeito e fomentar, assim, o pertencimento coletivo;
- \* trabalhar a violência numa perspectiva coletiva, evitando o isolamento e o sentimento de impotência, muitas vezes presentes quando tratamos desse tema;
- \* resgatar a cultura como lugar de identidade, podendo assim fazer frente à lógica de produção e consumo presente no bojo social da atualidade;
- \* discutir o lugar que o sujeito ocupa no campo da violência, muitas vezes se identificando como objeto de política pública e não como sujeito dessa ação;

- \* evitar a individualização do dano sofrido pela violência, como forma de potencializar saídas coletivas, compartilhadas e potentes.

---

### Para refletir

Como você atua em seu território no enfrentamento da violência à população em situação de rua? Que dificuldades você tem encontrado e o que tem feito para superá-las?

---

Podemos entender o incentivo à moradia, abrigo, formação, educação e saúde como uma força nobre no processo de reconstrução do espaço cidadão das pessoas em situação de rua. Para atuar nessas frentes, o Estado precisa valorizar a ação multiprofissional e intersetorial no trabalho em rede, de forma a influenciar diretamente no processo de redução da violência contra aqueles que vivem em situação de rua. Vale destacar que o protagonismo dos movimentos sociais formados por pessoas em situação de rua também é essencial para a efetivação desse processo.

O protagonismo de populações historicamente estigmatizadas é tímido e, muitas vezes, pouco evidente.

Isso se dá porque os grupos que sofrem preconceito têm grande dificuldade de romper com a concepção e o olhar preconceituoso das massas, o que gera um engessamento para lutar por espaços onde ecoe a sua voz, os seus desejos e sua maneira de pensar sobre si e refletir sobre o mundo que os cerca. Muitas vezes, é na voz dos profissionais que se dispõem a estabelecer o cuidado dessas populações que se espelha e expressa a história destas. Foi assim na luta antimanicomial, está sendo assim no movimento de redução de danos com os usuários de drogas e vem sendo assim com a população em situação de rua.

Quando trabalhamos com o conceito de violência, faz-se necessário um contraponto para podermos entender a capacidade de viver situações adversas, como desemprego, separações familiares, perda de entes queridos, situações de adoecimentos, exposições a violências físicas e psíquicas, entre outras.

Sabemos que pessoas que vivem nas ruas constroem sentidos distintos sobre suas experiências, condizentes com suas particularidades, ou seja, elas diferem na maneira de entender e explicar sua situação atual e de empreender estratégias de enfrentamento, uma vez que estas estão diretamente relacionadas à maneira como identificam as adversidades.

Ao trabalhar em equipes de Consultório na Rua, percebemos que cada um dos moradores de rua lida de forma diferente com a adversidade do dia a dia. As redes de apoio que essas pessoas constroem são diversas – cada pessoa em situação de rua se organiza e mobiliza uma rede diferente, como fator de proteção da vida na rua.

A adversidade, em alguns casos, pode levar à construção de movimentos em direção à superação, e nisso podemos encontrar a chamada **resiliência** não como um produto para a felicidade, mas a difícil missão de conseguir encontrar, dentro da adversidade, o prazer em viver.

Para os profissionais que atuam junto à população em situação de rua, compreender a resiliência dessas pessoas que estão expostas a situações de grande adversidade implica exercer a alteridade: ter um olhar aplicado ao outro, no sentido de construir uma relação baseada no diálogo e na valorização das diferenças existentes. A alteridade pode ser vista como um modo de se dispor a compreender como o sujeito enxerga a vida e a adversidade presente nela e, no diálogo com ele, tentar construir um caminho para o cuidado e as redes de apoio.

---

### Para refletir

Na relação com a pessoa em situação de rua, você consegue se dispor a entender uma nova forma de existir no mundo? O quanto você se dispõe a lançar um olhar nessa perspectiva?

---

**Resiliência** é um conceito oriundo da física que está relacionado à superação de obstáculos ou à resistência à pressão de situações adversas.



A alteridade é diferente da empatia. Na empatia, há uma tentativa de colocar-se no lugar do outro e tentar ver o mundo com esses “olhos”, o que pode ser uma aproximação importante, mas difícil, na medida em que não somos o outro, não temos sua visão de mundo. Na alteridade, não há essa tentativa de se apropriar da visão do outro, mas, sim, um diálogo com sua perspectiva.

Nesse contexto formado por tudo o que discutimos sobre população em situação de rua, apostamos em um modo de relação em que não se busca eliminar a experiência da rua, mas compor com ela a possibilidade de outros modos de vida. São modos de vida que não respondem ao imperativo dos padrões da sociedade, mas, sim, àqueles que são construídos localmente, a partir das condições, de desejos e necessidades da vida. Esse modo de relação interage com a diferença, pois não a entende como errada, como aberração, mas busca construir relações, conexões com a diferença que a pessoa na rua expressa. A essa via chamamos de cuidado. O cuidado constrói pontes, ligações, diálogos entre as distâncias.

## O cuidado e a rua



O tema “Cuidado à população em situação de rua” é objeto de discussão da Unidade de Aprendizagem III deste curso, por isso tratamos aqui de forma reduzida.

Pessoas em situação de rua, historicamente, não acessam o SUS e, geralmente, nenhuma política pública (BRASIL, 2008). No entanto, uma das funções políticas do SUS, na sociedade, é trabalhar com as tensões advindas das diferentes formas de viver, pela via da saúde, expressa no território da rua: o SUS deve cuidar dessa tensão. A especificidade da rua coloca, de início, dois desafios ao SUS: lidar com a complexidade das questões de saúde apresentadas pelos sujeitos e construir outras formas de organização das estratégias de território.

Pessoas que vivem nas ruas apresentam, **de maneira muito evidente**, questões de saúde consideradas do “corpo”, da “mente”, dos “afetos” e aquelas ditas “sociais”, como demandas inseparáveis. Por exemplo, um mesmo sujeito pode aparecer para um atendimento estando desempregado, tendo sofrido violência policial, não tendo documentos, fazendo uso abusivo do álcool, ouvindo vozes, sendo portador de HIV e com tuberculose. Esses agravos se reforçam entre si, aparecendo de forma singular em cada pessoa. Casos como esses colocam enormes desafios ao profissional de saúde, que precisa construir projetos terapêuticos que envolvam a multidisciplinaridade das necessidades e a singularidade dos casos para cada sujeito, a cada momento.

Outro desafio que a rua coloca ao SUS diz respeito à maneira como o território será visto e considerado. Geralmente, as equipes de saúde consideram o seu território de abrangência um conjunto de domicílios: só são pacientes de uma área específica as pessoas que vivem nos domicílios de tal área. Assim, se o paciente não morar em um domicílio, se ele for itinerante, se não possuir documentos como carteira de identidade, comprovante de residência, muitas vezes, ele não conseguirá ser atendido.

Nesse sentido, aparece a importância das equipes de Consultório na Rua (eCR), considerando que elas são instrumentos capazes de levar a esse segmento populacional os benefícios do SUS e de políticas públicas similares, mediante um modo de intervenção criativo e dinâmico, que permite ajuste rápido ao mutável ambiente onde as pessoas se inserem. Deseja-se muito que as Unidades Básicas de Saúde também atendam a população em situação de rua do seu território e consigam se contagiar com as formas de intervenção das eCR, com o horizonte, e, em algum momento, elas não serem mais necessárias.

A lógica perversa da exclusão e violência é tocada pelas ações dessas equipes. Assim, as eCR surgem para reafirmar o compromisso do SUS, como política pública, de direito ao acesso a ações e serviços de saúde.

Para lidar com as demandas complexas que a população em situação de rua apresenta, é necessário que o cuidado seja realizado de forma integral, envolvendo não só a saúde, mas outros setores, por exemplo, a assistência social.

A intersetorialidade é um dos grandes desafios no campo das políticas públicas, sendo a sua efetivação valiosa para a rede de serviços. Para isso, é necessário que os gestores e profissionais tenham clareza do seu valor prático e conceitual, pois representa a melhor forma de articulação dos vários conhecimentos e práticas que intervêm na coletividade.

É na intersetorialidade que temos a possibilidade de abordar amplamente as questões e dificuldades sociais mais complexas, nas suas múltiplas dimensões. E, nessa perspectiva, se apresentam as vulnerabilidades sociais, que requerem intervenções em rede contemplando, assim, os diversos representantes das políticas públicas – saúde, assistência social, educação, habitação, entre outros.

A importância e o processo de trabalho das equipes de Consultório na Rua serão discutidos na Unidade de Aprendizagem II.

Neste curso, vamos trabalhar em equipes multidisciplinares, assim como nas ações de rede que compõem a nossa prática cotidianamente, para, em articulação com outros atores importantes do território, deciframos os desafios que essa prática nos convoca a viver.

### Para refletir

A sua atuação no território é orientada por uma proposta intersetorial? No seu contexto de trabalho, quais são as dificuldades de implementação de cuidado intersetorial? Como você pode contribuir para superar essas dificuldades?

Apesar de as dificuldades para tornar a intersectorialidade uma prática cotidiana, a articulação intersectorial tem sido uma das estratégias mais utilizadas no processo de viabilização de direitos das políticas públicas. A opção pelo processo de intersectorialidade remete à noção de que as políticas públicas não podem se desenvolver de forma desarticulada, sobretudo quando se trata de políticas voltadas para o cuidado à populações em situação de grandes vulnerabilidades sociais.

Para efetivarmos ações intersectoriais, precisamos articular saberes e experiências, entender que cada ator tem o seu saber, a sua prática e os seus objetivos no cuidado, para, assim, compor uma ação conjunta de planejamento e cuidado das pessoas.

Para acolher as demandas dessa população e suas especificidades, se faz necessária e essencial a construção de vínculo como ferramenta de potencialização do cuidado, trazendo para esse campo a estratégia de redução de danos, como orientação ético-política, mantendo o foco na pessoa e buscando garantir acesso à saúde. Essa estratégia de cuidado rompe com a repressão presente historicamente nas políticas, aproximando-se da atenção à saúde no sentido mais amplo.

A orientação do processo de trabalho das equipes de Consultório na Rua pela lógica da ética da RD será discutida na Unidade de Aprendizagem II.

### Redução de danos

A primeira tentativa de adotar a redução de danos (RD) como estratégia de saúde pública no Brasil foi no município de Santos-SP, no ano de 1989, quando os altos índices de transmissão do HIV estavam relacionados ao uso indevido de drogas injetáveis. Proposta inicialmente como uma estratégia de prevenção ao contágio por HIV entre usuários de drogas injetáveis, a redução de danos foi, ao longo dos anos, tornando-se uma estratégia de produção de saúde alternativa às estratégias pautadas na lógica da abstinência. A RD passou a incluir a diversidade de demandas e ampliar as ofertas em saúde para a população de usuários de drogas.





A partir de 1995, inúmeros programas de redução de danos se estabeleceram no Brasil, com as mais diversas vinculações – universidades, programas municipais de DST/Aids, ONGs. Com diferentes formatos e especificidades regionais, chegamos a ter mais de 150 programas no Brasil no início do século XXI.

A diversificação das ofertas em saúde para usuários de drogas sofreu significativo impulso quando, a partir de 2003, as ações de RD deixaram de ser uma estratégia exclusiva dos Programas de DST/Aids e se tornaram uma estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e da Política de Saúde Mental.

Esse processo colocou a RD como um novo paradigma ético, clínico e político para a Política Pública Brasileira de Álcool e Outras Drogas. Também a partir de 2011, a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) destacou, como diretriz, a ética do cuidado na lógica da redução de danos, trazendo como elemento importante a autonomia dos sujeitos no cuidado à própria saúde, em todas as dimensões.

A lógica aplicada pela RD no território, presente nas ações das equipes de Consultório na Rua (constituídas por meio do trabalho de campo, vinculando-se ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridas as pessoas que vivem nas ruas), vem se mostrando um excelente exemplo de cuidado – em que se respeitam os direitos das pessoas e se fomenta a autonomia no cuidado em consonância aos preceitos do SUS.

Caso tenha interesse em aprofundar essa discussão, indicamos o texto “Redução de Danos e SUS: enlaces, contribuições e interfaces”, de Christiane Sampaio e Deisi Sangoi Freitas, disponível na biblioteca do curso.



A dimensão do cuidado nas eCR ocorre em duas modalidades, que variam de acordo com a realidade de cada equipe e de cada cidade, mas sempre priorizando ações que contemplem a rua e a unidade de saúde.

## Na rua

A abordagem no território começa com visitas sistemáticas ao campo, isto é, aos espaços abertos onde há a presença da população em situação de rua. Nesse momento, se abordam as pessoas e apresentam-se os objetivos do trabalho, estabelecendo assim um laço de confiança e cuidado. A abordagem que norteia essas ações tem como enfoque a estratégia/ética da redução de danos, direcionando a oferta de cuidados tanto para o indivíduo como para a sociedade. Isso implica pautar ações de cuidado com base nos princípios do respeito à “liberdade de

escolha” e da “corresponsabilidade” da pessoa em situação de rua com o seu plano de cuidado.

Uma das etapas importantes, no início e durante todo o processo de intervenção na rua, consiste no mapeamento do território, que parte da identificação dos locais de concentração das pessoas atendidas pela equipe e, ainda, das possíveis redes formais e informais disponíveis no território. O mapeamento é realizado geográfica e etnologicamente, ou seja, a partir de uma descrição detalhada do local, que inclui dados importantes como:

- \* Descrição das características do território.
- \* Características ocupacionais das pessoas do território.
- \* Número de pessoas nos diversos turnos.
- \* Perfil dos ocupantes.
- \* Tipo de atividade realizada no local, dentre outros elementos.



Vale destacar que essas descrições podem ser feitas no diário de campo, instrumento em que os profissionais sistematizam suas observações.

Como estamos trabalhando com um território bastante dinâmico, é necessário rever o mapeamento a cada período e descrever o campo novamente bem como suas alterações.

Outra etapa importante na rua é o processo de aproximação das pessoas em situação de rua. Nas primeiras conversas no campo, são importantes: o “olho no olho” e o espaço para que as pessoas compartilhem suas demandas, dificuldades, descontentamentos e qualquer outro aspecto que acharem relevante, inclusive conversas informais, falar da vida. Para isso, o acolhimento é uma das passagens mais importantes, que implica ouvir as questões, sem juízo de valores ou preconceitos, trabalhar as possibilidades de cuidado, sempre atento aos limites e às possibilidades de cada pessoa.

A grande vantagem de estabelecermos uma escuta e uma prática com enfoque na estratégia de redução de danos no território é a possibilidade de fazermos acordos diversos e alterarmos os planos de cuidado, repactuando-os de acordo com as possibilidades e necessidades estabelecidas pelas pessoas. Assim é possível democratizar o cuidado, tanto do ponto de vista da inclusão dos diversos interesses da população em situação de rua, como do ponto de vista dos profissionais envolvidos, já que, nesse modelo de atenção, todos os profissionais têm papel primordial no cuidado.

O território é um espaço de cuidado, em que alguns procedimentos podem ocorrer, desde exames clínicos simples, curativos, vacinação,

coleta de dados, entrega de medicação, medicação supervisionada, aconselhamento até outras ações que as equipes julgarem adequadas ou essenciais.

Nas ações no território, as atividades educativas e informativas são essenciais. Nesses espaços, discutem-se os diversos elementos do cuidado, como as patologias mais recorrentes, as questões de inserção social (documentação, emprego), o direito à moradia, o direito de estar na rua, a violência, o cuidado com a alimentação, a higiene, o uso de preservativo, os direitos humanos, dentre muitos outros.

Muitas vezes, é no território que as situações envolvendo o uso de drogas são mais evidentes; muitas vezes, é na cena de uso que os profissionais atuam. Nesse sentido, vale a pena abrir espaço para discutir os **possíveis danos**, bem como **riscos possíveis** com o compartilhamento de equipamentos para uso de drogas, dentre inúmeros outros temas que podem ajudar na qualidade de vida da população em situação de rua.

## Na unidade de saúde

A chegada das pessoas em situação de rua em uma unidade de saúde está muito relacionada com a atuação no território, seja nas ações de campo, seja em um bom trabalho de rede. Ela pode acontecer de diversas formas:

- \* por demanda espontânea daqueles que foram acessados na rua;
- \* pelo acompanhamento que as eCR já fazem às pessoas;
- \* quando uma pessoa em situação de rua leva um amigo que está precisando de cuidado;
- \* pelo encaminhamento feito por diferentes serviços da rede, dentre outras.

É necessário que haja consonância entre o cuidado na rua, nas unidades e nos diversos espaços da rede, pois são pontos que se entrelaçam. Na chegada das pessoas ao serviço, independente de agendamento, faz-se uma análise das questões trazidas, esclarecendo como ocorrerá o processo de cuidado, tendo em vista a demanda apresentada, e sempre demonstrando a satisfação em recebê-las.

O profissional de saúde, quando trabalha com a clínica ampliada, não só desenvolve maior capacidade de ajudar as pessoas a combaterem as doenças, mas a transformarem-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não impeça de viverem alternativas que qualifiquem a sua vida.

Você aprofundará as questões sobre o cuidado na rua mais adiante neste curso, quando estudar a Unidade de Aprendizagem III.



Muitas vezes, os promotores do cuidado na rua precisam estar atentos para estabelecer diálogo com a população em situação de rua sobre a organização e limpeza do espaço onde vivem. Esse processo de organização os afeta diretamente. Ações como essas podem ajudá-los a refletir sobre os efeitos das ações de redução de danos à saúde individual e coletiva, tendo em vista o cuidado da cidade.

A clínica ampliada como orientadora do processo de trabalho das eCR será abordada na UA II.

A clínica ampliada busca entender a situação vivida a partir da compreensão do processo saúde-doença. Considera a importância de não reduzir o enfoque à patologia, enquanto busca entender as questões subjetivas e objetivas, dando espaço para compreender a história de vida dos usuários do serviço. Quando desenvolvemos esse tipo de escuta, o manejo do tratamento implica desenvolver processos de gestão compartilhados, nos quais se desenvolvem:

- uma comunicação transversal na equipe e entre equipes;
- o fomento de ações intersetoriais que garantam a integralidade do cuidado;
- o interesse pela saúde do próprio trabalhador da saúde, já que este entra em contato com questões existenciais dolorosas ao longo desta clínica.

A clínica ampliada – constituída, em parte, para dar conta das demandas do SUS e fazer operar a Reforma Sanitária – também opera em rede, formando diferentes enlaces, seja na saúde coletiva, conjugando outras políticas públicas (educação, assistência social, justiça), seja estabelecendo enlace com as diferentes redes sociais (profissionais do sexo, travestis, usuários de drogas). Essa ação conjunta aperfeiçoa a participação, corresponsabilizando os sujeitos envolvidos, aproximando-os de uma ação política, em que é possível protagonizar as diversas cenas no campo da saúde e da cidadania.

Operar a clínica ampliada significa colocar em prática o apoio matricial e a articulação em rede. No item seguinte, vamos entender um pouco mais sobre a rede no cuidado à população em situação de rua e como trabalhá-la.

## Rede

A incorporação das noções de rede no campo da saúde adquiriu algumas conotações: malha de serviços, sistema articulado de serviços e ações, articulação sistêmica e ascendente de atenção e cuidados à saúde. O que permeia esses entendimentos é a ideia de que as redes permitem enraizamento, capilaridade, cobertura e penetração de territórios, traduzidas em uma capacidade de alcance e de abrangência de diferentes modalidades de serviços e produtos de saúde (MENDES, 1993).

O estímulo à organização de redes integradas de atenção à saúde é uma forma de garantir a integralidade, a universalidade e a equidade

da atenção à saúde ao longo de todo o processo de implementação do SUS, vem adquirindo maior relevância desde o final da década de 1990 e culmina com a publicação da Portaria GM n. 4.279, de dezembro de 2010.

No decorrer desse processo histórico, tanto nacionalmente como internacionalmente, tem-se estabelecido relativa concordância de que a organização dos sistemas de saúde sob a forma de redes integradas é a melhor estratégia para garantir atenção integral, efetiva e eficaz às pessoas no processo de cuidado à saúde. A rede possibilita vínculos de cooperação, solidariedade e aprendizado entre as equipes e nos níveis gestores do sistema de saúde. Podemos dizer que na política de saúde brasileira a organização do trabalho em rede tem sido apontada como estratégia para consolidar os princípios do SUS.

Diferentes conceitos de redes vêm sendo elaborados em diversas áreas de conhecimento. Entretanto, alguns aspectos são comuns a todos. Segundo Mendes (1993), as redes podem ser caracterizadas pelos seguintes aspectos:

- \* interdependência
- \* confiança
- \* autonomia
- \* cooperação
- \* relações relativamente estáveis



Fonte: <https://pt.freeimages.com/photo/net-1-1193852>.

A construção de redes tem sido grande aposta para lidar com processos complexos de gestão e cuidado em saúde, do trabalho das equipes de Consultório na Rua que, para exercerem o cuidado, precisam envolver-se e interagir com diferentes atores e diferentes pontos da rede no cuidado, visando ampliar o acesso aos serviços públicos de saúde e aumentar a resolutividade das suas ações.

Então, construir a rede é de extrema importância, tendo em vista uma ação integral para a população em situação de rua, com a adoção de práticas condizentes com a gestão democrática, tais como:

- \* exercício da democracia;
- \* enfrentamento das questões sociais abrangentes, por meio da luta e garantia dos direitos sociais;
- \* estímulo ao respeito mútuo;
- \* envolvimento da comunidade na definição de prioridades e tomadas de decisões;
- \* descortinamento de novos horizontes no processo de trabalho dos grupos;
- \* desenvolvimento do senso de coletivo

Quando trabalhamos com o conceito de rede, é necessário considerar a existência de dois tipos: a **rede formal**, composta de organizações e instituições que buscam o mesmo objetivo; e a **informal**, composta de pessoas de forma autônoma, unidas por ideias e interesses em comum.

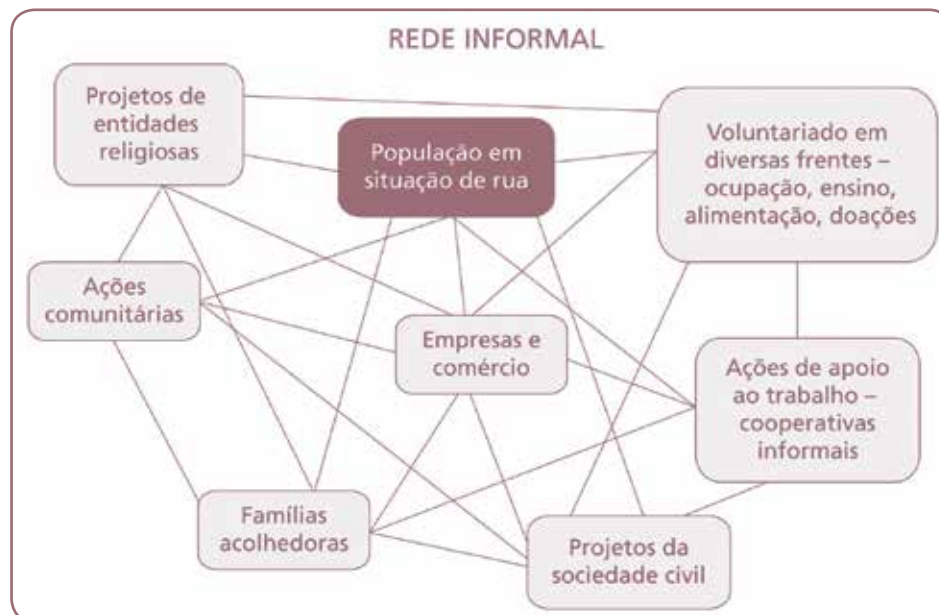
Redes formais são grupos inter-relacionados de instituições ou organizações independentes, com um objetivo específico. Já as redes informais ou sociais representam um conjunto de “participantes autônomos, unindo ideias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados.” (MARTELETO, 2001, p.72).

As redes sociais ou informais formam “territórios afetivos” ou “territórios solidários”, constituindo-se em valioso bem dos diversos grupos sociais. Muitas vezes, elas assumem maior importância na vida das pessoas que as redes formais, suprimindo carências situacionais e diminuindo as estruturais. Vale lembrar que as redes formais ou informais são, também, formas de apropriação do território pelos diversos grupos que ali se movimentam.



Veja um esquema ilustrativo de elementos que podem compor uma rede informal.

Figura 1 – Elementos da rede informal



O estabelecimento das redes de solidariedade nas ruas pode ser um fator de promoção de saúde e de criação de ambientes saudáveis. Nos grupos sociais que compõem o espaço da rua, há também relações que dificultam acessibilidade às redes de serviços e instituições, ou seja, podem aproximar ou distanciar as pessoas desses serviços. Isso ocorre porque as redes são compostas de pessoas e nelas vão circular os mais diferentes sentimentos e ações.

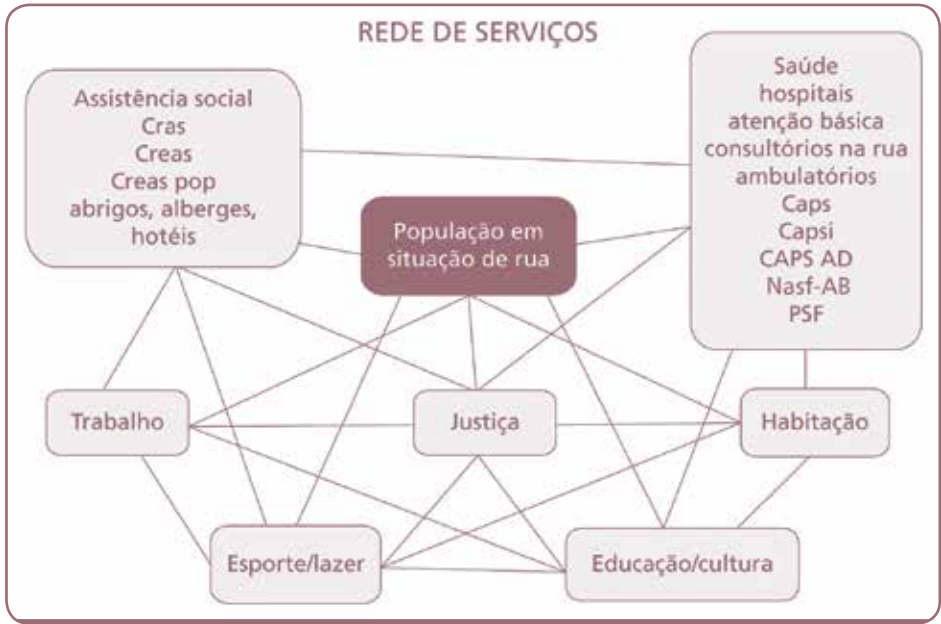
A partir das redes solidárias, podemos fazer uma passagem da exclusão para a inclusão nas redes de apoio social (LACERDA; VALLA, 2005). Em grande parte dos casos, são os vínculos solidários estabelecidos entre os moradores em situação de rua e o trabalhador/profissional que irão definir o acesso aos serviços. Isso aponta para a necessidade de investirmos na qualidade desse vínculo, construindo redes solidárias, empáticas, destituídas de preconceito.

Na perspectiva de inclusão e reafirmação dos direitos das pessoas que vivem nas ruas, o trabalho em rede é a mola mestra, já que as possibilidades de construção de projetos terapêuticos ampliados envolvem o desejo dos usuários, a disponibilidade dos equipamentos sociais e o cuidado manejado pelos trabalhadores que vão erguer o tripé necessário a essa construção.



Veja um esquema ilustrativo de elementos que podem compor uma rede formal.

Figura 2 – Elementos da rede formal.



O esquema anterior tem a população em situação de rua no centro da interface com diferentes modalidades de serviços, tecida na prática cotidiana do cuidado, no desafio que cada caso nos proporciona. Essa rede se constitui de forma dinâmica, por meio de visitas aos serviços, na devolutiva e no acompanhamento dos casos junto às instituições envolvidas, conhecendo-se de forma minuciosa os fluxos, procurando garantir uma ação de cuidado responsável e eficaz junto às pessoas atendidas. Com essas características, estamos constituindo uma rede de extrema potência.

A composição de rede, como dispositivo de cuidado à população em situação de rua, não deve estar restrita a uma região. As pessoas que vivem nas ruas muitas vezes se afastaram de sua moradia e deixaram para trás os vínculos com suas famílias. Quando, em alguns casos, se reintegram à família ou escolhem novos locais de moradia, contam com a nossa ajuda para se reinserir em uma nova rede social e de atenção à saúde, em um novo território.

O trabalho com as pessoas em situação de rua exige que esses serviços, que não são “casinhas”, mas espaços constituídos por pessoas, sejam como os nós de uma rede de pesca, que interligam, integrando-se em prol das necessidades peculiares dessa população. Entretanto, a construção de uma rede sugere mais que a disponibilidade de um serviço, ela implica levarmos em consideração como esses serviços se comunicam e quais modelos de cuidado eles produzem.

Vale destacar que em regiões – municípios, bairros, regiões programáticas – onde estão instaladas eCR, devemos desenvolver ações de apoio matricial entre essas e demais equipes de Atenção Básica, como uma estratégia importante na articulação intersetorial, na discussão de Projetos Terapêuticos Singulares e na construção do diagnóstico situacional do território. Essa ação matricial pode ampliar a capacidade resolutiva das equipes com a população em situação de rua, integrando saberes e práticas.

Para isso, as eCR devem articular encontros de apoio matricial com profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e com os outros serviços da rede de saúde do território, sensibilizando para as demandas da população em situação de rua, e promovendo o acesso dos usuários aos serviços. Uma ação matricial potente contribui para diminuir as resistências e, ao longo desse processo, construir um trabalho conjunto, estabelecendo o compartilhamento dos casos de forma mais contínua a partir da participação das equipes nas reuniões técnicas das unidades, e trabalhando a responsabilização e ampliação do olhar para o território.

### Apoio matricial

Trata-se de uma nova forma de **organizar o trabalho** em saúde, que tem por objetivo abandonar a linha de produção no trabalho em saúde, de modo a concretizar um cuidado realmente baseado no princípio da integralidade. A **parceria** entre as equipes na construção coletiva, tanto dentro de um mesmo serviço quanto na articulação com outros serviços (na perspectiva da rede), tende a produzir resultados mais potentes que o trabalho isolado.

A construção de redes é uma tarefa complexa, exigindo a implementação de ações que qualifiquem os encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes. É preciso também garantir que a ampliação da rede seja acompanhada de uma melhora na comunicação entre os serviços, resultando em processos de atenção e gestão mais eficientes para os usuários.

É importante que as ações de rede estejam sempre centradas na pessoa que acolhemos, articulando as diversas instâncias de cuidado e serviços da rede, mas sempre apoiadas em uma das fronteiras mais importantes do trabalho: a responsabilização pelos casos.

As visitas institucionais aos serviços da rede devem estar pautadas no conhecimento e na troca entre os serviços; devem gerar laços, informações e um catálogo de serviços que constituam a rede. Essa interface ocorre pelos contatos realizados com os usuários no serviço, na relação entre os profissionais, nos fóruns, nos comitês gestores da comunidade e demais coletivos, respeitando os processos de referência e contrarreferência já formalizados na rede.

Além disso, a construção de uma **agenda falada**, pautada no contato com os diversos serviços, constitui um documento descritivo importante no processo de construção da rede. Ela pode ser um valioso instrumento de trabalho no qual descrevemos os nossos sentimentos sobre os serviços, o perfil do atendimento, as características, os entraves e as facilidades encontradas. Essa agenda pode nos ajudar a pensar o que podemos articular em termos do cuidado ao paciente, levando em consideração o seu perfil e desejo e adequando a nossa **cesta de possibilidades à cesta de anseio dos nossos pacientes**.

---

### Para refletir

Como você acredita ser possível contribuir para o estabelecimento/ fortalecimento de uma rede de apoio à pessoa em situação de rua por meio da sua prática profissional?

---

A rede se expressa, na prática do trabalho, pela oferta de serviços variados. Veja, a seguir, alguns especificamente relacionados à atenção à população em situação de rua.

## Serviços especializados para a população em situação de rua e suas articulações em rede

Esses serviços são ofertados às pessoas que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência. Um de seus objetivos é garantir cuidado, atendimento e ações que auxiliem em um projeto de vida, na perspectiva do fortalecimento de vínculos interpessoais e, também, com a família, quando desejado. Além disso, devem analisar as demandas dessa população para, de fato, ofertar uma cesta de possibilidades de cuidados, envolvendo serviços das mais diversas naturezas, para que se possa contribuir para a construção da autonomia, da inserção social e da rede de proteção social.

A seguir, listamos alguns serviços, iniciativas e políticas relacionadas à população em situação de rua.

- \* **Serviços socioassistenciais de proteção social básica e proteção social especial:** dentre outros, destaca-se a articulação com o Serviço Especializado em Abordagem Social e Serviços de Acolhimento para população em situação de rua.
- \* **Política de saúde:** em razão das demandas dessa natureza comumente observadas nessa população, como o uso/abuso de substâncias psicoativas e saúde mental, além daquelas decorrentes do contexto de insegurança e insalubridade a que está exposta cotidianamente, recomenda-se que os serviços especializados se articulem com as equipes de saúde que atuam nas ruas. Pessoas em situação de rua devem, ainda, ser incluídas em programas/serviços de prevenção e promoção da saúde nas unidades de Atenção Básica, situadas na localidade onde costumam estar/transitar.
- \* **Política de habitação:** considerando que se trata de um público que, pela sua peculiaridade, em geral, não possui moradia convencional.
- \* **Política de trabalho:** necessidade de promover ações de geração de renda que auxiliem essas pessoas a vislumbrar novas possibilidades e projetos de vida.
- \* **Redes sociais locais e movimentos sociais:** apoio que o público atendido tenha construído nos espaços da rua, que podem configurar importante recurso para o fortalecimento de vínculos



Para saber mais sobre órgãos e serviços especializados para pessoas em situação de rua, indicamos a leitura da Política Nacional para População em Situação de Rua, disponível no endereço eletrônico: <http://goo.gl/E4R4G4>.

comunitários e sociabilidade. Além disso, é importante a articulação com os movimentos sociais da população em situação de rua.

- \* **Demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos:** como estão expostas a diversas situações de risco e violadoras de direitos, as pessoas em situação de rua devem poder acessar os órgãos de defesa de direitos, tais como: Ministério Público e Defensoria Pública.
- \* **Sistema de Segurança Pública:** é papel do sistema de segurança garantir os direitos e a segurança daqueles que vivem nas ruas, entendendo o seu grau de vulnerabilidade social.
- \* **Instituições de ensino e pesquisa:** na condição de espaço de geração de conhecimento, têm papel essencial na formação dos profissionais e da sociedade sobre o tema.
- \* **Serviços, programas e projetos de instituições não governamentais e comunitárias:** esses dispositivos e espaços são essenciais no território e no protagonismo das pessoas que vivem em situação de rua, pois têm condições de articular uma série de elementos que podem propiciar: a garantia dos direitos; o resgate da autoestima; e a reorganização dos projetos de vida.

---

### Para refletir

Quais desses elementos listados você encontra no seu território? Que fatores contribuem para a inexistência de alguns deles? O que pode ser feito para potencializar os elementos presentes?

---

É de grande valia que a articulação em rede harmonize o planejamento e o desenvolvimento de estratégias de cuidado e proteção à população em situação de rua. Para que isso aconteça, contudo, é fundamental que, no âmbito desses serviços que compõem a rede de cuidado, se tenha um mapeamento da rede de serviços dos mais diversos territórios com fluxos de articulação pactuados.

## Formação de redes

Muitas redes se formam espontaneamente a partir de interesses comuns de um grupo de pessoas. Às vezes, esses grupos continuam funcionando, tendo em vista os objetivos estabelecidos pelo trabalho, sem regras explícitas e para o benefício de todos os seus membros. No



entanto, a partir de um determinado número de pessoas envolvidas e, especialmente, quando organizações passam a fazer parte de uma rede, é imprescindível que haja algum grau de formalização:

- \* os propósitos são explicitados;
- \* os papéis dos atores são definidos; e
- \* as regras de cooperação e convivência são estabelecidas.

Comumente, encontramos redes tecidas artesanalmente, em meio aos desafios dos casos, por intermédio das crises e urgências vividas na prática do cuidado, ou porque conhecemos um profissional de outro serviço que, sabemos, nos estenderá a mão diante de uma dificuldade. Essa forma de tecer a rede está fortemente presente em nossa prática e tem seu valor como experiência e na transformação da nossa prática.

Vale destacar que, em meio à ação de cuidado à população em situação de rua, o trabalhador vai tecendo uma **rede de mobilização social**, da qual se torna porta-voz das situações vividas, das necessidades e da luta pela melhoria da qualidade de vida dessa população.

Essa produção da rede de mobilização social ocorre no meio acadêmico e, especialmente, nos fóruns temáticos: Álcool e Drogas, População em Situação de Rua, Saúde Mental; e nos Conselhos distritais, comunitários, de classe.

Outro espaço importante é o Fórum da População em Situação de Rua, que ocorre em diversas cidades e municípios do Brasil e tem como pauta o empoderamento e a luta por direitos da população em situação de rua.

Alguns trabalhos em rede integram serviços afins e parceiros para beneficiar o processo de trabalho dos profissionais de diferentes instituições, visando garantir o cuidado à população envolvida. Outras redes são intersetoriais e se unem com o objetivo de atuar sobre a complexidade que o trabalho exige. Esse fator é muito comum no trabalho das equipes de Consultório na Rua, tendo em vista a complexidade no cuidado à população atendida.

Há redes que evitam a formalização por temer que as vantagens da espontaneidade e da informalidade se percam. Por outro lado, quando uma rede cresce e, com ela, a sua complexidade, geralmente é a informalidade que faz com que informações relevantes se percam.

Exemplos muito comuns de organização de espaços que propiciam o trabalho em rede são os Fóruns de Saúde, muitas vezes temáticos, por áreas específicas, mas que, na sua maioria, têm como objetivo qualificado o cuidado à saúde da população.



Em São Paulo, o movimento “Rua Rede” tem como objetivo promover o resgate de direitos e da vida digna em situação de rua. No site do movimento, há o jornal *O Trecheiro*, uma produção muito interessante que mostra o valor do trabalho em rede. Para saber mais sobre o “Rua Rede”, acesse: <http://www.rederua.org.br/rederua/trecheiro.html>.

O desafio de uma rede é, portanto, encontrar o equilíbrio entre a formalidade e a informalidade, entre processos sistemáticos e processos espontâneos, mantendo a organização e a descentralização dos processos.

Embora uma rede, geralmente, não seja projetada para um prazo limitado, isso não quer dizer que ela seja estabelecida de uma vez por todas. Pelo contrário, é bastante provável que, ao final de um ciclo de interface, haja momentos de avaliação da sua missão, o que pode gerar o restabelecimento de novas propostas e ajustes. Com isso, inicia-se, na rede, uma nova fase de planejamento e implementação, a fim de realizar as atualizações e os ajustes necessários ou pertinentes.

## Considerações finais

Podemos ressaltar que as equipes de Consultório na Rua estão sendo essenciais para garantir o acesso à saúde à população em situação de rua, sendo muitos dos atendimentos voltados para pessoas com questões relacionadas ao uso abusivo de drogas. Imagine como é oportuno, em uma situação como essa, o encontro com uma equipe de profissionais disposta a ofertar saúde, escutar histórias, possíveis angústias e poder viabilizar acesso a outras redes de cuidado! Importante, não é?

Por isso, entender essa população, o seu território de vida e constituir redes de cuidado pautadas na intersetorialidade são pontos essenciais para que possamos constituir uma gestão participativa e democrática, o que vai interferir de forma direta nos processos de trabalho de cada serviço, tema a ser tratado na próxima unidade.



# Atividades da Unidade de Aprendizagem I



## Atividade 1 – O que acontece em cada lugar?

**Modalidade:** presencial

**Duração:** um turno

**Produto:** discussão sobre o trabalho junto à população em situação de rua nas localidades dos alunos da turma.

**Objetivo:** proporcionar um debate que favoreça a integração dos alunos e a possibilidade de se relacionarem com diferentes práticas e desafios, auxiliando a análise sobre os processos de trabalho e cuidado com os usuários.

### Como realizar a atividade?

1. Pré-tarefa – Ao receber a comunicação de sua aprovação no curso, será pedido ao aluno que mande um vídeo de, no máximo, 2 minutos de duração falando sobre pontos centrais do seu trabalho com a população em situação de rua. O vídeo produzido deverá ser publicado em algum serviço de vídeo na internet e o link para acesso a ele deverá ser postado no AVA.
2. Em turmas de 20 alunos o tutor irá passar os vídeos preparados pelos alunos. Essa atividade terá cerca 60 minutos.
3. Depois de os alunos assistirem aos vídeos, iniciaremos o debate com base nas seguintes questões disparadoras:
  - Como foi conhecer o trabalho realizado em outras localidades?
  - Como a experiência do outro me ajuda a pensar a minha experiência?

Você pode publicar seu vídeo em serviços como o YouTube, Vimeo.

## Atividade 2 – Análise situacional

**Modalidade:** presencial

**Duração:** um turno

**Produto:** troca de experiências sobre as representações sociais e imaginárias sobre a população em situação de rua .

**Objetivo:** discutir rótulos, estigmas e preconceitos no contexto da população em situação de rua e ajudar os alunos a reorganizarem suas competências para trabalho na rua.

## Como realizar a atividade?

A turma será dividida em quatro subgrupos de cinco pessoas cada. Nos subgrupos, os alunos são convidados a:

- \* fazer uma descrição de como percebe que a população em situação de rua é vista pela sociedade (representação social e imaginária) e listá-las em um papel no subgrupo.
- \* discutir e, depois, registrar em um papel uma definição de “sucesso” para o trabalho com a população em situação de rua.

O conceito de representação social foi pensado pelo psicólogo social Serge Moscovici (1961) como forma de analisar os fenômenos do homem a partir de uma perspectiva coletiva, sem perder como referencial a individualidade de cada sujeito. As representações sociais são desenvolvidas em nossos ambientes sociais e nas nossas relações interpessoais, levando em consideração os mitos, as crenças, os fatos, as situações vividas e as ideias constituídas, fazendo com que esses elementos influenciem na construção do conhecimento compartilhado e na nossa cultura de modo geral.

1. Agora no grande grupo (turma toda), os alunos irão juntos produzir uma definição coletiva de sucesso para o trabalho com a população em situação de rua. Esse conceito “final” do grupo fica escrito num quadro ou numa folha de papel pardo visível para todos. Essa atividade será conduzida pelo tutor, a definição elaborada será usada como norteadora nos trabalhos seguintes.
2. Em plenária, cada subgrupo apresenta a forma como percebe que a população de rua é vista pela sociedade, recuperando a lista que produziram e identifica os rótulos presentes na descrição.
3. O tutor faz a leitura da definição de sucesso feita pela turma e apresenta a seguinte questão: **Qual a relação entre a maneira como percebemos a população em situação de rua e a forma como realizamos o nosso trabalho?**
4. O tutor faz, com a turma, uma discussão sobre estereótipos. Enfatiza-se a utilidade real dos rótulos e a falta de sentido em pedir a alguém que não rotule: o importante não é rotular, mas desvelar os interesses envolvidos e efeitos que o processo tem para quem rotula e quem é rotulado, buscando exercitar nova forma de agir.



Questões para provocar a discussão:

- \* Por que rotulamos?
- \* Qual o efeito para quem rotulou?
- \* Qual o efeito para quem foi rotulado?
- \* Quais os riscos de rotularmos alguém?
- \* Caso a questão do preconceito tenha aparecido na atividade, como devemos agir diante dessas situações?
- \* Caso o preconceito não apareça na atividade, relate situações da prática cotidiana em que o preconceito esteja presente.
- \* É possível fazer relações entre preconceito e violência na sua experiência no trabalho com pessoas em situação de rua?
- \* Como desmistificar a pessoa em situação de rua?
- \* Com lidar com a pessoa que sofre preconceito?
- \* Como trabalhar o preconceito junto à rede?
- \* Como trabalhar o preconceito de uma atividade profissional em relação a outra? Exemplo: relação entre a saúde e o trabalho da assistência social e vice-versa.
- \* Como lidar com o preconceito por trabalhar na rua? Exemplo: como as pessoas do seu meio social reagem quando você conta que trabalha com população de rua?
- \* Como a mídia influencia a construção do preconceito; qual a interferência da mídia nessa construção; isso interfere no seu trabalho?
- \* É possível fazer relações entre preconceito e violência na sua experiência no trabalho com pessoas em situação de rua?

5. O tutor retoma a definição coletiva de sucesso para o trabalho com a população em situação de rua feita pelo grupo e abre o debate sobre em que medida as representações sociais e imaginárias influenciam a nossa definição de sucesso.

Questões para provocar a discussão:

- \* É possível perceber a influência das representações sociais que temos a respeito da população em situação de rua e a construção da nossa concepção de “sucesso” no nosso trabalho?
- \* Se sim? De que forma?
- \* Se não? De que forma escapamos dessa influência?

## Atividade 3 – Análise do fenômeno da violência no território

**Modalidade:** presencial e a distância

**Duração:** um turno + 1 semana

**Produto:** discussão do grupo, produção lúdica no encontro presencial e envio de texto pelo AVA.

**Objetivo:** discutir e analisar como os determinantes territoriais e sociais influenciam no cuidado à população em situação de rua.

### Como realizar a atividade?

1. O tutor apresentará uma coletânea de matérias (em data show ou impressas) que retratam situações de violência com pessoas em situação de rua. A ideia é deixar que os alunos, com tranquilidade, acessem e se relacionem com o material.
2. Em seguida, serão projetados 5 minutos do vídeo Pierre Bourdier e a educação (disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=R6B6Fiu7kAQ>) para apresentação dos conceitos de Violência Simbólica e de Capital Cultural.
3. Com base nas matérias e vídeos, propomos a reflexão:
  - Que sentimentos e reações afloram quando você se defronta com a violência em uma situação de trabalho (por exemplo, em uma comunidade em conflito ou em uma cena de uso de crack)?
4. A partir dessa reflexão a turma fará uma discussão com base nas questões disparadoras a seguir. A discussão deverá ser registrada por um relator, definido pela turma.
  - Qual o papel da violência e das vulnerabilidades como produtoras de adoecimento (para o cuidador e para o sujeito cuidado)?
  - Quais são os determinantes do território que influenciam na construção de vulnerabilidades e violências?
  - Que violências simbólicas você percebe ao longo do seu trabalho com pessoas em situação de rua?
5. Considerando a discussão realizada, os alunos irão trabalhar proposta de como lidar com os efeitos da violência, gerando dois produtos:
  - ainda no encontro presencial, utilizarão formas lúdicas que representem sua forma de lidar com os efeitos da violência. Podem ser poesia, letra de música, representação artística, imagem etc.;

- após o presencial, elaborarão, individualmente, um texto narrativo da proposta. Para facilitar e qualificar esta produção, recomendamos fazer uma leitura (i) dos pontos principais da discussão realizada no presencial sobre o cotidiano das suas práticas profissionais e (ii) do texto *Violência e saúde como um campo inter-disciplinar e de ação coletiva*, de Maria Cecília de Souza Minayo e Edinilsa Ramos de Souza, 1998, disponível na biblioteca do curso. O documento com a produção individual deverá ser enviado ao tutor por meio da ferramenta “Envio de Atividades” no AVA.

## Atividade 4 – Mapa falante

**Modalidade:** a distância

**Duração:** três semanas

**Produto:** descrição do território real de atuação da sua prática e esboço de um mapa desse território.

**Objetivo:** proporcionar aos alunos a possibilidade de enxergar o território como observadores/participantes; entender como estão estruturados o território e a rede onde atuam e, com base nesse entendimento, pensar seus processos de trabalho e cuidado com os usuários.

### Parte 1 – Análises

**Modalidade:** a distância

**Duração:** uma semana

#### O que é um mapa falante?

Atuar em um território requer o conhecimento profundo de suas características. Suas redes de relações, fluxos, serviços, espaços de circulação são elementos-chave para a proposição de ações efetivas e que conversem com as demandas reais do local.

Para isso, é necessário identificar e localizar os espaços e as instituições, seus usos pela população em situação de rua, com o objetivo de conhecer a dinâmica existente, os hábitos e costumes, bem como entender as vulnerabilidades sociais originadas na interação com a rua.

O mapa falante é uma técnica integrante da construção compartilhada de soluções locais. Auxilia no diagnóstico participativo do território por

meio de um processo de coleta e registro de informações e percepções sobre o território, por aqueles que o conhecem e nele atuam, ou seja, quem vive, convive com ou vivencia a realidade a ser retratada: profissionais de diversos setores, instituições, comunidade, famílias e os moradores. Portanto, também é uma ferramenta popular de mobilização social e produção de conhecimento sobre a realidade local.

## Como realizar a atividade?

1. Inicialmente, os alunos devem conversar com sua equipe de trabalho e discutir sobre o seu território de atuação profissional, compartilhando os dados que conhecem e as suas impressões, com base nas questões norteadoras a seguir:
  - \* Qual é a abrangência do território?
  - \* Qual é o perfil da população que habita esse território? E o perfil específico da população em situação de rua?
  - \* Quais as principais questões de saúde que a população apresenta como desafio de cuidados?
  - \* Quais serviços de saúde e assistência social estão disponíveis nele/para ele?
  - \* Que serviços e grupos da rede estão presentes e podem auxiliar no cuidado à população em situação de rua? Quais faltam?
  - \* Como os profissionais recebem a população em situação de rua nos serviços da rede?
  - \* Como os serviços da rede acolhem e percebem a população em situação de rua? Caso haja dificuldade nesse acolhimento, como os profissionais que trabalham com a população em situação de rua podem interferir nisso?
  - \* Como fomentar parcerias com a rede informal?
  - \* De que forma essas parcerias com a rede informal podem potencializar o cuidado no território?
  - \* Quais são os principais problemas do território?
  - \* Quais as potencialidades do território?
  - \* Como é a presença do poder público no território?
  - \* Qual o efeito de preconceito na organização da rede e, consequentemente, na ação de cuidado?
  - \* Como os recursos do mapa podem ajudá-los no entendimento do seu trabalho?

- \* Como os serviços da rede interagem no cuidado realizado?
  - \* O território influencia as práticas clínicas e o processo de trabalho das equipes de Consultório na Rua? Se sim, como?
2. Com base nessa discussão o aluno irá apresentar uma fotografia, gráfico ou outra forma de mapeamento que julgar pertinente e irá estruturar, com a descrição do perfil da população, principais agravos, equipamentos e dispositivos da rede e as demais características do território.
  3. Os mapas e relatos deverão compor um arquivo único.  
O documento com a produção individual deverá ser enviado ao tutor por meio da ferramenta “Envio de Atividades” no AVA.

## Parte 2 – Discussão

**Modalidade:** a distância

**Duração:** duas semanas

**Produto:** discussão sobre território no fórum.

**Objetivo:** discutir dificuldades e potencialidade do território, mediante análise da experiência vivida na prática cotidiana de trabalho.

### Como realizar a atividade?

Participe do fórum de discussão aberto pelo seu tutor no AVA compartilhando com a turma como foi a realização da atividade com a sua equipe de trabalho. Dialogue com seus colegas para identificar, no seu território e nos deles, potencialidades e dificuldades para o trabalho com a PSR.

## Atividade 5 – Percurso de rede

**Modalidade:** a distância

**Duração:** três semanas

**Produtos:** Registro por escrito de um itinerário terapêutico de um paciente, de acordo com a matriz fornecida na atividade. Discussão em fórum após a investigação do itinerário.

**Objetivo:** refletir sobre o plano estratégico que cada paciente constrói para lidar com a doença e o sofrimento, de forma a compreender a dimensão sociocultural de suas escolhas e o valor das redes formal e informal presentes no território.

**Descrição:** Nesta atividade, os alunos produzirão, em seus espaços de trabalho, a investigação e a sistematização de um itinerário terapêutico orientados por uma matriz disponibilizada.

## Parte 1 – Investigação

**Duração:** uma semana

### Como realizar a atividade?

1. Ao retornar aos seus espaços de trabalho, cada aluno selecionará um caso de um usuário do serviço em que atua (atendimento novo ou retorno) para a realização da atividade. Para essa escolha, deve levar em consideração:
  - \* Ser um usuário que apresente uma doença ou aflição que tenha promovido nele a busca por diferentes estratégias para o cuidado.
  - \* Evitar escolher casos em que o usuário relate diversas queixas, pois isso poderá dificultar o mapeamento dos espaços buscados e os motivos.
  - \* Selecionar um caso cuja doença ou aflição sejam bastante significativas para o usuário, tendo em vista que a realização da atividade poderá ajudar você a cuidar dessa pessoa.
  - \* Privilegiar casos emblemáticos, tais como infecção pelo HIV, abuso de crack, gestação com uso de drogas, tuberculose.
2. Com base no caso escolhido, você deverá produzir um encontro com o usuário para investigação do itinerário terapêutico percorrido por ele, tendo como base as questões do Quadro 1. Essa investigação deverá ser registrada e enviada pela ferramenta Envio de arquivo no AVA.

Quadro 1 – Matriz para a investigação de itinerário terapêutico

Itens a serem investigados/registrados durante a realização da atividade
<ul style="list-style-type: none"><li>* Descrição do paciente escolhido para realizar a investigação sobre o itinerário terapêutico:<ul style="list-style-type: none"><li>• Dados básicos: sexo, idade, raça etc.</li><li>• Situação social</li></ul></li><li>* Retrato do paciente sobre o itinerário:<ul style="list-style-type: none"><li>• Como foi a descoberta da doença ou aflição?</li><li>• Em que momento ela aconteceu na sua vida?</li><li>• Quais os sentimentos vividos nessa situação?</li></ul></li></ul>



#### Itens a serem investigados/registrados durante a realização da atividade

- \* Descrição, em ordem cronológica, dos percursos de ajuda e cuidado que o paciente buscou diante da doença ou aflição:
  - Que recursos e espaços esse usuário buscou? Exemplos: instituições religiosas, associação de moradores, apoio de pessoas da comunidade, familiares etc.
  - Que motivos provocaram essas buscas nesses espaços? Exemplos: confiança, vínculo, oportunidade, falta de opção etc.
- \* Análise do processo de investigação do itinerário com base nas questões a seguir:
  - Como foi para você realizar a investigação do itinerário terapêutico?
  - O que foi possível perceber?
  - Como se deu a vivência e percepção de doença ou sofrimento por esse paciente?

## Parte 2 – Discussão em fórum

**Duração:** 2 semanas

### Como realizar a atividade?

Após a realização da investigação de itinerário terapêutico, participe do Fórum da Atividade 5, e discuta com sua turma tendo como base as seguintes questões norteadoras:

- \* O que o itinerário terapêutico tem a nos ensinar no que diz respeito à compreensão da importância da rede e do território no cuidado?
- \* É possível compreender a influência sociocultural nas escolhas dos percursos escolhidos pelo paciente?

