

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**MELINA MAFRA TOLEDO**

**CONSULTÓRIO NA RUA? COMO ASSIM?**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**MELINA MAFRA TOLEDO**

**CONSULTÓRIO NA RUA? COMO ASSIM?**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Dra. Luciana Regina Ferreira da Mata**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **CONSULTÓRIO NA RUA? COMO ASSIM?** de autoria do aluno **MELINA MAFRA TOLEDO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Atenção Psicossocial.

---

**Profa. Dra. Luciana Regina Ferreira da Mata**

Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**

Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## DEDICATÓRIA

### AOS POP RUA

Até quando esperar –Plebe Rude

Não é nossa culpa  
Nascemos já com uma bênção  
Mas isso não é desculpa  
Pela má distribuição

Com tanta riqueza por aí, onde é que está  
Cadê sua fração  
Com tanta riqueza por aí, onde é que está  
Cadê sua fração

Até quando esperar

E cadê a esmola que nós damos  
Sem perceber que aquele abençoado  
Poderia ter sido você  
Com tanta riqueza por aí, onde é que está  
Cadê sua fração  
Com tanta riqueza por aí, onde é que está  
Cadê sua fração

Até quando esperar a plebe ajoelhar  
Esperando a ajuda de Deus  
Até quando esperar a plebe ajoelhar  
Esperando a ajuda de Deus

Posso  
Vigiar teu carro  
Te pedir trocados  
Engraxar seus sapatos

Posso  
Vigiar teu carro  
Te pedir trocados  
Engraxar seus sapatos

Sei  
Não é nossa culpa  
Nascemos já com uma bênção  
Mas isso não é desculpa  
Pela má distribuição  
Com tanta riqueza por aí, onde é que está  
Cadê sua fração  
Com tanta riqueza por aí, onde é que está  
Cadê sua fração  
Até quando esperar  
A plebe ajoelhar  
Até quando esperar  
A plebe ajoelhar  
Esperando a ajuda do divino Deus

## **AGRADECIMENTOS**

À amiga Heleura Cristina de Oliveira, Psicóloga da equipe, por não ter medo do desconhecido e se dedicar ativamente ao trabalho e ao desenvolvimento da sensibilização

À Ana Rosa, atual Assistente Social da equipe, que também abraça a causa dos invisíveis e colaborou ativamente no desenvolvimento das atividades.

À amiga Fabrícia da Hora Pereira, seu nome já diz algo... Assistente Social, embora não mais na equipe acompanha os acontecimentos. Obrigada por compartilhar conosco os conhecimentos adquiridos em Salvador- BA, por ter nos mostrado novos horizontes e um caminho a ser seguido

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>04</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>07</b>
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>09</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>11</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>13</b>

## **RESUMO**

O presente estudo é um estudo descritivo de um relato de experiência vivenciado por uma das equipes de consultório na rua do Distrito Federal. Objetivo: sensibilizar os trabalhadores dos centros de saúde no que se refere ao trabalho da equipe. Método: utilizou-se a metodologia ativa com exposição dialogada e discussão coletiva de casos reais. Foram abordados assuntos referentes à: dispositivos legais /regulamentadores, conceito e características de população em situação de rua, responsabilidade das ações de saúde, complexidade e particularidades do trabalho da equipe. Resultados: durante esse processo de aprendizagem observou-se a (re) construção e reflexão a respeito de (pré) conceitos com relação à população em situação de rua. Considerações: Com essa intervenção prática, houve abertura pra que os vínculos entre a equipe e os servidores possam ser gradativamente estreitados e que os mesmos passem a refletir sobre um novo olhar para esses sujeitos de forma a contribuir para o reconhecimento de suas reais necessidades.

**UNITERMOS:** população de rua, metodologia ativa, consultório na rua

## 1 INTRODUÇÃO

O Consultório na Rua (CnaR) é uma proposta do Ministério da Saúde inspirada no Consultório de Rua que surgiu em Salvador/ Bahia desenvolvido pelo Centro de Estudos do Abuso de Álcool e Outras Drogas- CETAD. Esta ação foi inspirada na Organização Não Governamental (ONG) francesa Médicos do Mundo, que atende pessoas em situação de rua e profissionais do sexo, excluídos do acesso aos serviços de saúde, e atendidos em um transporte móvel (BRASIL, 2011)

O conceito de população em situação de rua (PSR) estudado e elaborado por Silva (2009) e atualmente utilizado pelo Ministério da Saúde é definido por;

Um grupo populacional heterogêneo, mas que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, fatores que obrigam os seus integrantes a procurar os logradouros públicos [...] e as áreas degradadas [...] como espaço de moradia e de sustento, por contingência temporária ou de forma permanente, ainda que utilizem albergues para pernoitar, abrigos, casas de acolhida temporária ou moradias provisórias. (SILVA, 2009, p. 136).

Esse conceito foi adotado pelo Estado brasileiro, como resposta à luta e reivindicações dos movimentos de defesa dos direitos da população em situação, por meio do Decreto 7.053 de 2009, que instituiu a Política Nacional Para População Em Situação De Rua demarcando um novo momento acerca do debate sobre políticas públicas para essa população no país.

Os CnaR, integram o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e devem seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na Política Nacional de Atenção Básica, buscando atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua. São formados por equipes multiprofissionais e prestam atenção integral à saúde da população em situação de rua.

As atividades são realizadas de forma itinerante desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS), as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, dada a complexidade e diversidade de necessidades de saúde da PSR (BRASIL 2012)

O CnaR caracteriza-se como proposta de atendimento diferenciada, pois a atenção em saúde é prestada através dos profissionais de diversas áreas que vão ao encontro dos sujeitos



em situação de rua, caracteriza-se por uma atuação in loco com vista a valorização do indivíduo, respeito à diferença e afirmação da cidadania.

No Distrito Federal está vinculado a GASPV (Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável) da Secretaria de Saúde e DIRAPS (Diretoria Regional Atenção Primária à Saúde). Existem três equipes no Distrito Federal (DF): uma no Plano Piloto, uma em Ceilândia e uma em Taguatinga. A equipe de Taguatinga é composta por uma assistente social, uma enfermeira, uma psicóloga, dois técnicos de enfermagem e um motorista.

O Primeiro Censo Nacional e Pesquisa Amostral sobre PSR realizado nos anos de 2007 e 2008 pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, em 71 municípios brasileiros, com população de habitantes superior a 300.000, identificou um contingente de 31.922 pessoas, com o seguinte perfil: 82% são masculinos e 18% feminino; 74% sabia ler e escrever enquanto 17,1% não dominavam a escrita e 48,4% não concluíram o primeiro grau, mas escrevem o nome; 51,9% possui algum parente residente na cidade em que se encontra; e com relação aos motivos para estarem em situação de rua 35,5% alegam ser em função de problemas com uso/abuso de álcool e outras drogas.

Em pesquisa organizada por GATTI; PEREIRA, 2011, sobre população em situação de Rua (PSR) do DF, foi encontrada 2.512 pessoas em situação de rua, sendo: 319 crianças, 221 adolescentes e 1.972 adultos. Desse contingente populacional de acordo com a pesquisa, no que se refere à realidade de Taguatinga as proporções são 7,7%(crianças), 7,3%(adolescentes) e 10,7 % (adultos), estando entre as regiões administrativas com maior concentração de população em situação de rua do Distrito Federal.

A implantação do CnaR em Taguatinga configura-se como uma ação de Estado que reconhece e busca dar uma resposta às desigualdades sociais, respeitando assim o preceito constitucional em seu Art. 196: *A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.*

Diante da complexidade e dos desafios a serem enfrentados nesse contexto, o CnaR foi implantado na Região Administrativa (RA) de Taguatinga para atender às necessidades

da PSR. Suas atividades iniciaram-se em Setembro de 2012 enfrentando limitações no que tange a recursos humanos e estruturais para o desenvolvimento do trabalho.

Por ser recente sua implantação tem gerado percepções distorcidas por parte dos trabalhadores de saúde do que seja o real objetivo e metodologia do trabalho do CnaR, por exemplo: conceito de população em situação de rua – comunidade, servidores e equipe - abrangendo somente aqueles que vivem ou utilizam espaços degradados e que devem ser retirados da rua; servidores que responsabilizam exclusivamente a equipe pelo atendimento ao usuário em situação de rua; e desconhecimento da rede de saúde sobre o trabalho do CnaR.

Essas percepções suscitaram na equipe o seguinte questionamento: como contribuir para facilitar o acesso /atendimento desse público nos serviços da rede sócio assistencial, com destaque a saúde?

Assim, partir das dificuldades apresentadas e análise do trabalho profissional identificou-se a necessidade de propor uma intervenção com o objetivo de sensibilizar e orientar os trabalhadores da atenção primária, quanto aos princípios e premissas norteadores do trabalho do consultório na rua.

Acredita-se que ao intervir de forma a sensibilizar os profissionais envolvidos no cenário do CnaR, os ideais de valorização, respeito à diferença e afirmação da cidadania da população em situação de rua sejam resgatados e contribuam para facilitar o acesso/atendimento dessa população e assim o melhor funcionamento da rede de atenção a saúde

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A existência de indivíduos em situação de rua torna explícita a profunda desigualdade social e insere-se na lógica do sistema capitalista de trabalho assalariado, cuja pobreza é imanente.

O fenômeno sócio histórico fez-se presente a partir do século XVIII, em que o Capital foi se consolidando de maneira tal a forçar a necessidade de venda da força de trabalho dos trabalhadores. Neste período, a grande indústria expandiu-se, fazendo que o trabalhador não se tornasse alheio aos meios de produção.

Além da população explorada, Marx (1994b) afirma que a maquinaria fez que parte da classe trabalhadora se tornasse supérflua, ou seja: tornou-se não tão “imediatamente necessária” no processo de “autovalorização” do capital. Assim, passou a constituir-se em exército industrial de reserva do capital:

[...] se uma população trabalhadora excedente é produto necessário da acumulação ou do desenvolvimento da riqueza no sistema capitalista, ela se torna por sua vez a alavanca da acumulação capitalista. Ela constitui um exército industrial de reserva disponível, que pertence ao capital de maneira tão absoluta como se fosse [sic] criado e mantido por ele [sic]. Ela proporciona o material humano a serviço das necessidades variáveis de expansão do capital e sempre pronto para ser explorado [...] (MARX, 1994, p.845).

Entretanto, “desde o início deste modelo econômico e social um contingente considerável de pessoas não participam efetivamente do processo de geração de riquezas (trabalho) e da distribuição de seus frutos (consumo)”. (GATTI; PEREIRA, 2011, p. 13) Fato que, ao longo do desenvolvimento das forças produtivas nesta sociabilidade se agrava exponencialmente.

Com o advento da Revolução Industrial, o fenômeno da população em situação de rua passa a ser expressivo. Trata-se, de fato, do momento em que os espaços da rua, eminentemente urbanos, passam a ser apropriados como lugar de sobrevivência.

A população em situação de rua é a parcela da classe trabalhadora que representa a expressão maior de contradição desta sociabilidade. Esta contradição ocorre pelo fato de, como afirma Marx (1994), à medida que se acumula riqueza, contraditoriamente, acumula-se também miséria, esta socialmente produzida, diferenciando-se, com isso, de todas as outras expressões de miséria vistas na História da humanidade. Concepção esta, também compartilhada por Silva

(2009) ao assegurar que a pobreza é imanente a ordem capitalista e só será eliminada com a superação dessa estrutura social.

A classe trabalhadora está inserida num contexto de exploração e pauperização da vida social, no qual é privada de condições mínimas de reprodução social. A população em situação de rua não consegue inserção no circuito de proteção social garantido pelas políticas sociais, o que acarreta o desfacelamento das condições objetivas e subjetivas de sobrevivência. Como resultado, esses indivíduos transformam o espaço público- as ruas – em seu universo privado de vida e sobrevivência e evidenciam a imagem crua da exploração capitalista.

No Brasil este fenômeno remete a formação dos grandes centros urbanos nas últimas décadas do século XIX, em que grupos de interesses econômicos apoiados pelas elites locais e a mídia, utilizaram de ações repressivas para excluir a população pobre dos espaços centrais das cidades. Enquanto possibilidade para esta parcela restava: ocupação dos espaços periféricos; permanência em locais centrais com outras formas de habitação cada vez mais precária ou utilizar a rua como espaço de moradia temporário ou fixo.

“Surge nesse momento, uma população em situação de rua brasileira que, ao longo do desenvolvimento capitalista no país cresce e se afirma como grupo social concreto, desafiando governos, gestores e pesquisadores [...] as ações políticas permanecem em consonância com a ideologia do darwinismo social de Herbert Spencer na qual, referenciada na teoria da evolução das espécies de Darwin, os fracos (ou seja, os pobres) devem perecer” (GATTI; PEREIRA, 2011, p. 13).

Assim, convém destacar que o uso da expressão *população em situação de rua*, não se restringe a uma denominação como outra qualquer (mendigo, pedinte, morador de rua, dentre outras), mas é considerada conceitualmente a mais adequada visto que expressa não apenas fatores subjetivos ou da condição humana, mas resulta de uma situação social e historicamente produzida.

A Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua surgiu como fruto de reflexões e debates do Grupo de Trabalho Interministerial para sua elaboração, além da fundamental participação de representantes do Movimento Nacional de População de Rua (MNPR), da Pastoral do Povo da Rua e do Colegiado Nacional dos Gestores Municipais da Assistência Social (CONGEMAS), representando a sociedade civil organizada (BRASIL, 2008)

A Assistência Social como política pública de direito do cidadão e dever do Estado, bem como a universalização dos direitos sociais foi regulamentada por meio da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que posteriormente, passou a ter a obrigatoriedade da formulação de programas de amparo à população em situação de rua, por meio da Lei nº 11.258/05, de 30 de dezembro de 2005.

Dada a heterogeneidade e multiplicidade da PSR as políticas públicas devem ser pensadas desde uma perspectiva interdisciplinar e integral, deslocando-se da Assistência Social a responsabilidade exclusiva pelo atendimento a esses usuários. Isto torna necessária a intersecção e diálogo com outras políticas para que de fato se alcance a real efetivação do direito constitucional de serem considerados cidadãos integrais.

Dessa forma, a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua somente ganhará concretude no esforço dos diferentes setores do Poder Público em articulação com a sociedade civil, no sentido de não só manter serviços e programas de atenção voltados a esse público, mas também de garantir a dignidade, a não violência, o acesso a saúde e os direitos de cidadania.

Neste sentido, como destaca Toledo (2007) a compreensão de Saúde ultrapassa a focalização nas doenças e no modelo hospitalocêntrico, visto que a natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos. A compreensão de que o processo saúde-doença é socialmente determinado, implica em reconhecer quais são as formas de produzir e consumir de uma sociedade que determinam o processo saúde-doença. Diante do exposto, os usuários não podem ser considerados somente por parâmetros biológicos universais e suas necessidades de saúde/assistência específicas precisam ser conhecidas para serem incorporadas aos processos terapêuticos dos trabalhadores da saúde

### 3 MÉTODO

O presente trabalho enquadra-se na Opção 1 - O produto é o próprio projeto e plano de ação desenvolvido visto que foi desenvolvido a partir da necessidade levantada na realidade de trabalho.

O trabalho foi desenvolvido nos Centros de Saúde da Regional de Taguatinga, localizada no Distrito Federal. Taguatinga conta com oito centros e é uma das três regionais que possui equipe de consultório na rua, recentemente implantados. Foi incluída a Policlínica Regional por se tratar de um importante equipamento de saúde, embora não pertença a atenção básica.

No período de fevereiro a março de 2014, foram realizadas as sensibilizações com os servidores dos Centros de Saúde com o consentimento da GASPV e DIRAPS, às quais o consultório na rua é vinculado.

As apresentações sob a coordenação da enfermeira duraram de uma hora a uma hora e meia e contaram com a participação de no máximo 15 profissionais por vez. O convite foi feito aos Gerentes das unidades, que agendaram a apresentação dentre as datas e horários propostos.

Como foram desenvolvidas no horário de trabalho dos servidores, as apresentações foram realizadas de modo que ao menos um servidor de cada setor participasse para posteriormente multiplicar aos demais colegas, garantindo também a diversidade no alcance da sensibilização. Foram sensibilizados 122 profissionais.

O quadro abaixo apresenta os servidores participantes e sua categoria profissional.

Cargo	Quantitativo
Enfermeiro	21
Assistente social	06
Farmacêutico	04
Médico	09
Odontólogo	04
Nutricionista	01
Técnico higiene bucal	04
Técnico de Enfermagem	36
Agentes comunitários de saúde /agente saúde pública	09

Técnico administrativo	14
Recepcionista	09
Gestor unidade	05

Para realizar a sensibilização foi utilizada a metodologia ativa, na modalidade de estudo de caso. As metodologias ativas (MA) são na concepção de Berbel (2011) baseadas em formas de desenvolver o processo de aprender, utilizando experiências reais ou simuladas, como propósito de solucionar desafios provenientes da prática social em diferentes contextos. Sobral e Gomes (2012) definem as MA como uma concepção educativa que estimula processos de ensino-aprendizagem crítico-reflexivo, no qual o educando participa e se compromete com seu aprendizado.

A estratégia pedagógica consistiu em breve exposição dialogada, utilizando-se de uma linguagem de fácil compreensão, com auxílio de recursos audiovisuais e de uma dinâmica em que os participantes puderam discutir questões pertinentes aos casos reais apresentados pela equipe. As estratégias adotadas facilitaram a apresentação, estimularam a participação, entendimento e a conscientização/sensibilização dos usuários.

O grupo teve caráter participativo, de forma que todos tiveram liberdade para interromper a apresentação caso houvesse dúvida, além disso, o espaço era aberto às discussões, para que os participantes expusessem suas opiniões e trocassem experiências. Ao final foram fornecidos folders explicativos elaborados pela equipe com informações sobre o CnaR.

Para que os encontros pudessem ser realizados foi necessário primeiramente o planejamento das atividades, assim pensou-se em no tema, no objetivo e nos recursos a serem utilizados. No primeiro momento com duração de 10 minutos a equipe foi apresentada e os participantes se apresentaram dizendo nome e função. Em seguida foi realizada a técnica do *brainstorm* ou tempestade de idéias em que os servidores e os membros da equipe deveriam dizer imediatamente uma palavra que os recordassem o termo “população de rua”, com a finalidade de identificar percepções dos trabalhadores acerca desta população.

No segundo momento, com duração aproximada de 40 minutos foi realizada a síntese do momento anterior com algumas considerações e reflexões sobre as palavras ditas e seus significados. Em seguida, foi exibida uma apresentação audiovisual de autoria da equipe, sobre o consultório na rua em que foram abordados os seguintes assuntos: dispositivos legais /regulamentadores, conceito e características de população em situação de rua, responsabilidade das ações de saúde, complexidade e particularidades do trabalho da equipe.

No terceiro momento foi apresentado um recorte de 10 minutos de vídeo institucional do Ministério da Saúde sobre o consultório na rua intitulado “A rua não é um mundo fora do nosso mundo”. Em seguida foram distribuídos aos servidores alocados em duplas ou trios, uma ficha que podia conter uma das palavras que representavam as diversas políticas intersetoriais, a saber: Educação, Assistência Social, Saúde, Segurança Pública, Direitos Humanos, Trabalho, Cultura, Sociedade.

Simultaneamente com as palavras foram distribuídos dois casos reais atendidos pela equipe. Após a leitura dos casos os servidores deveriam discutir entre si qual a melhor intervenção de acordo com a palavra escolhida. O objetivo consistiu em sensibilizar trabalhadores quanto às complexidades do trabalho com população em situação de rua, bem como motivar a reflexão sobre a necessidade de trabalhar em rede, para garantir a integralidade do cuidado.

Por fim, foi realizada a síntese dos pontos chaves, foram sanadas as dúvidas e retomada uma análise das palavras previamente ditas na tempestade de idéias. Foi solicitado a cada participante que mencionasse uma palavra sobre o consultório na rua. Foram entregues a cada participante folders elaborados pela equipe que continham explicações resumidas e os contatos do consultório na rua



#### **4 RESULTADO E ANÁLISE**

A intervenção foi percebida pela equipe e pelos trabalhadores como facilitadora da aproximação entre o consultório na rua e os serviços locais. Durante as apresentações os participantes mostraram-se em sua maioria, participativos e questionadores, muitos teceram elogios sobre a metodologia diferenciada.

No primeiro momento em que foi realizada a tempestade de idéias, surgiram na quase totalidade e não surpreendentemente termos pejorativos relacionados ao imaginário e senso comum. A esse respeito Nery Filho, Valério e Monteiro (2011) destacam que há um estigma relacionado ao termo “de rua” o que remete a representações sociais associadas à marginalidade, à criminalidade, a ignorância e ao uso de álcool e outras drogas. Tais representações afastam a possibilidade de refletir sobre os determinantes envolvidos no contexto de vida dessa população, e termina por culminar em três posicionamentos por parte da sociedade: indiferença, hostilidade ou assistencialismo.

Inicialmente as palavras eram tímidas e à medida que se reforçou que não havia necessidade de filtrar o pensamento surgiu uma enxurrada de palavras. A equipe também participou desse momento, no entanto os próprios servidores puderam notar o contraponto entre as percepções, visto que na compreensão da equipe que possui uma familiaridade com a PSR, as palavras tiveram outra conotação: cidadania, coletividade, inclusão social, sobrevivência, invisível.

Durante a exposição do material elaborado pela equipe muitos questionamentos vieram à tona como, por exemplo, a função do consultório, os equipamentos de saúde e social utilizados, e principalmente a questão dos documentos e endereço a qual foi bem problematizada. Embora afirmássemos respaldados pela portaria ministerial 940 de 28/04/2011 em seu artigo 23, que mesmo sem endereço a PSR tem direito garantido de cadastrar o cartão nacional de saúde e o do centro de saúde para atendimento, muitas questões técnicas e operacionais foram colocadas. Dentre as dificuldades apontadas nas discussões estão: obter nome e dados verídicos, o sistema de informação que gera vários números para mesma pessoa, abertura de prontuários que geram volume e a pessoa não retorna mais. Para a atenção básica o problema do primeiro atendimento acaba sendo amenizado e a PSR tem seu atendimento registrado em fichas de papel que ficam arquivadas, já quando necessitam de atenção de média e alta complexidade o caso se complica

porque o sistema não permite a regulação de vagas sem a documentação devida. A falta de documentos é agravada quando muitos não se recordam nem ao menos do município de nascimento, não sendo possível que o Ministério Público acione os cartórios.

Outro aspecto muito questionado foi a capacidade e funcionalidade da rede de atenção a saúde em atender as demandas dessa população. Na realidade da intervenção, por exemplo, os usuários que desejam realizar tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad) tem que se deslocar para outra Região Administrativa, a equipe nem sempre consegue acompanhá-lo.

A estratégia da redução de danos também gerou polêmica, o que exigiu cautela na fundamentação. Muitos desconheciam sua existência e trouxeram questões de cunho político e religioso a discussão. Sobre a redução de danos Passos e Souza (2011) afirmam que nesta lógica os usuários de drogas são corresponsáveis pela produção de saúde à medida que tomam para si a tarefa de cuidado. Reduzir danos é, portanto, ampliar as ofertas de cuidado dentro de um cenário democrático e participativo.

Fez-se uma avaliação positiva quanto ao uso do vídeo do Ministério da Saúde. Inicialmente programamos um recorte, mas quase na totalidade das intervenções os servidores se mostraram interessados e deixamos transcorrer mais tempo. Percebeu-se o vídeo como um instrumento que veio corroborar e ilustrar como se dava na prática as intervenções e as abordagens e, nas falas de outros sujeitos de realidades diferentes do Distrito Federal, foi possível perceber que as dificuldades são semelhantes em territórios distintos.

Ao final das apresentações foi notória a reflexão por parte daqueles que se mostraram mais resistentes a participar, impressão essa confirmada pelas palavras finais de avaliação positiva, do reconhecimento da complexidade do trabalho da equipe e da disponibilidade em acessá-los nos serviços quando necessário.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na perspectiva das Políticas Públicas o trabalho com a população em situação de rua é um trabalho em construção e desafiador. É preciso aguçar nos profissionais, não apenas o interesse em atender essa população, mas em desenvolver a habilidade da escuta. Conhecer a história de vida e os percalços dessa população, certamente facilitará a descoberta de suas reais necessidades. Neste sentido, ressalta-se que linguagem enquanto instrumento de trabalho esteja adaptada a realidade dos sujeitos, para um diálogo compreensivo e horizontal.

Nessa lógica, faz-se de fundamental importância no trabalho com população em situação de rua, exercer a dimensão política do fazer profissional, contribuir para espaços de vocalização destes sujeitos e retirá-los da condição de invisibilidade. Como? Atrelada ao fazer político está a habilidade também política de negociar intra/extra instituição intervenções pautadas em suas realidades vividas.

Para tanto faz-se necessário um saber mais sistematizado sobre esse público, vislumbrando práticas que rechacem o pré-conceito, a visão unicamente assistencialista ou a indiferença. Por que um cidadão em situação de rua não pode ligar na Ouvidoria e expor suas demandas? Por que não consegue acessar os serviços se não tiver domicílio/documentos? Por que tem que ser frequentemente relacionado ao uso e abuso de substâncias? E as outras desordens de origem biopsicossocial e cultural que acarretam não só as suas vidas, como também a sociedade em geral?

Esse entendimento pressupõe que o profissional esteja aberto e disposto a compreender dinâmica da rua, dinâmica própria estabelecida de acordo com as necessidades concretas e as necessidades impostas pelo Capital. Seria solicitar demais aos profissionais, ética, respeito e acolhimento? Ou ainda para que não se tornem ajustadoras/es dos padrões sociais vigentes? Compreender a realidade dessa população não significa aceitar a imutabilidade, mas a reconhecer como autêntica e complexa, como não sendo um mundo fora do nosso mundo.

Esta intervenção foi realizada em uma dada realidade, diante dos dados apresentados, é necessário que se desenvolvam e se cumpram ações e políticas que garantam o acesso sem descriminalização no atendimento. Para tanto sociedade civil, governo e demais setores precisam

ser estimulados a desenvolver um novo olhar sobre estes indivíduos reconhecendo como sujeitos de direitos que merecem mais que um cobertor e um prato de sopa.

## REFERÊNCIAS

BERBEL. N. A. N. **As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes.** Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 98 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011 Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão)

BRASÍLIA, DECRETO Nº 7053/09. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. 2009. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm) Acesso em 23/03/2014

FILHO, A. N.; VALÉRIO, A. L. R.; MONTEIRO, L. F. (Org.). **Guia do projeto Consultório de rua. Brasília:** SENAD; Salvador: CETAD, 2011. 160 p.

GATTI, B. P.; PEREIRA, C. P. (Org.). Projeto Renovando a Cidadania: pesquisa sobre a população em situação de rua do Distrito Federal. Brasília: Gráfica Executiva, 2011. 198 p.

MARX, Karl. **O Capital:** Crítica da Economia Política. 2v. Rio de Janeiro, RJ : Ed. Bertrand, 1994.

\_\_\_\_\_. **O Capital:** Crítica da Economia Política. 1v. Rio de Janeiro, RJ : Ed. Bertrand, 1994b.

PASSOS, E. H. & Souza, T. P. (2011). **redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”.** Psicologia & Sociedade, 23(1), 154-162.

SILVA, M. L. L. **Trabalho e população em situação de rua no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2009.

SOBRAL, F. R. C; GOMES C. José. **Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa.** Rev Esc Enferm USP 2012; 46(1):208-18. Disponível em [www.ee.usp.br/re USP/](http://www.ee.usp.br/re USP/) acesso em 03 setembro de 2013

TOLEDO MM, RODRIGUES SC, CHIESA AM. **Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2007 Abr-Jun; 16(2): 233-8