

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**MARIANA ALADREN**

**A RUA NÃO É UM MUNDO FORA DO NOSSO MUNDO:  
Um relato de experiência das práticas em saúde desenvolvidas junto  
à População em Situação de Rua**

Porto Alegre

2015

**MARIANA ALADREN**

**A RUA NÃO É UM MUNDO FORA DO NOSSO MUNDO:  
Um relato de experiência das práticas em saúde desenvolvidas junto  
à População em Situação de Rua**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como  
requisito parcial para obtenção do título de Enfermeira  
da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa Dra Cristianne Maria Famer Rocha

Porto Alegre

2015

O cara que catava papelão pediu  
Um pingado quente, em maus lençóis, nem voz  
Nem terno, nem tampouco ternura  
À margem de toda rua, sem identificação, sei não  
Um homem de pedra, de pó, de pé no chão  
De pé na cova, sem vocação, sem convicção

À margem de toda candura  
À margem de toda candura  
À margem de toda candura

Um cara, um papo, um sopapo, um papelão

Cria a dor, cria e atura  
Cria a dor, cria e atura  
Cria a dor, cria e atura

O cara que catava papelão pediu  
Um pingado quente, em maus lençóis, a sós  
Nem farda, nem tampouco fartura  
Sem papel, sem assinatura  
Se reciclando vai, se vai

À margem de toda candura  
À margem de toda candura

Homem de pedra, de pó, de pé no chão

Não habita, se habitua  
Não habita, se habitua

**Cidadão de Papelão – O Teatro Mágico**

Eu não nasci para enfeitar o mundo. Eu pinto porque a vida dói.

Iberê Camargo

## AGRADECIMENTOS

Agradeço muito! Somos seres coletivos e aqui batem dois corações!

A minha orientadora, professora Cris, por ter aceitado o meu convite e ter me conduzido nessa aventura como uma mulher latino-americana, permitindo que descobríssemos muitas afinidades dentro e fora da universidade. Por ter marcado o ritmo dessa composição com empatia e sabedoria, e me estimulado à pesquisa e à poesia.

A(o)s companheirxs do Diretório Acadêmico dos Estudantes de Enfermagem (gestões 2010- jun/2015), nosso GDAEE ou DAEE e Recebei, espaço de acolhimento e formação, que possibilitaram que eu desistisse de desistir do diploma, quando perdia o sentido seguir a caminhada acadêmica. Por terem me mostrado a enfermagem que eu acredito e por ajudarem a florescer em mim a enfermeira que desejo ser. Por aprendermos juntos na troca, que as Práticas Integrativas e a Educação Popular são ferramentas de cuidado com muito potencial. Pelos rituais e pelas místicas. Pelas viagens e pelos Encontros. Pelas barricadas e pelas marchas. Pelas festas e pela juventude. Pela desobediência e pela rebeldia. Pelo toque e pela afetação. Pela luta e pela liberdade.

As mina preta e as sapatão, por terem me apresentado a interseccionalidade e me livrado do feminismo branco e da heteronormatividade.

As anarcafeministas, por me ensinarem com a ação direta, o significado visceral da expressão “mexeu com uma, mexeu com todas”.

A luta do movimento negro pela implementação das cotas nas universidades públicas, o que me possibilitou estudar ao lado de pessoas não brancas e praticar a desconstrução do racismo.

A(o)s colegas do EIV 2013, que me proporcionaram bons encontros e momentos de luta, e a Dona Ruth, liderança do MST, que me recebeu em sua casa e me mostrou a vida das mulheres do campo. Minha caminhada tomou novos rumos a partir desses encontros.

A equipe do Consultório na Rua da Prefeitura de Porto Alegre, pelo acolhimento. Por produzirem cuidado em um cenário cheio de dificuldades e retrocessos.

A Escola Porto Alegre (EPA!), pelo belíssimo trabalho e por ser um símbolo de luta há mais de 20 anos.

A(o)s colegas do Universidade na Rua, por significarem resistência dentro de um espaço que persiste em manter velhas, arcaicas e obsoletas estruturas.

A(o)s mentaleirxs e militantes da luta antimanicomial, por acreditarem na redução de danos e no cuidado em liberdade como estratégias para a prática em saúde.

As professoras e enfermeiras Cristine Roos e Sílvia Medeiros, que reforçaram meu gosto pela Saúde Mental e Saúde da Mulher, tornando os estágios das respectivas disciplinas agradáveis e estimulantes.

A enfermeira Cláudia Xavier Duarte, por ter sido uma excelente tutora.

A Miriam, ao Cícero e ao Anderson, amigxs que conheci durante essa caminhada. Pela luta da garantia dos direitos e da dignidade da População em Situação de Rua. Avante companheirxs!

A minha mãe, Maria Amélia, leoa e bruxa. Por me ensinar a gostar de gente, de flores, folhas e frutos, de cachoeiras, mares e rios, e dos bichinhos. Por ter me levado pra acampar com dois meses de idade. Por ter cantado e jurado que o melhor é não ser o normal. Por renascer como vovó ao nosso lado.

Ao meu pai, Antonio, que hoje habita a estrela mais brilhante que enxergo no céu. Pelo sorriso doce e pelos elogios. Por ter se entregue aos meus cuidados, em meio à “churros con chocolate”, cicatrizes e curativos, filmes, leituras e músicas, para amenizar a dor e o inverno espanhol. Pelas ligações em ritmo de I just called to say I love you. Pela nossa última conversa de corpo presente e pelo abraço de ursinho.

A Zane, por ter sido a leal cuidadora do meu pai e ter deixado um retrato meu e do meu irmão ao lado da sua cama nos seus últimos meses nesta terra. Por ter segurado a sua mão quando ele fez a passagem, e dito por mim, impossibilitada por um oceano de distância, que o amava e que era pra ele voar sem medo.

Ao meu irmão Gabriel, pelo retorno, pela amizade e pela disposição. Pelas preciosas sugestões e pela revisão do texto com o olhar de pesquisador.

A Tati e a Rê (hermanita), primas, amigas e comadres, por terem confiado a mim o desafio de ser dinda das flores aromáticas e cromáticas do nosso jardim: Gabriela e Martina. Por serem minhas inspirações no exercício da maternidade. Pelas dicas de só quem sabe, sabe.

As minhas amigas, as de velhas e novas desventuras, que entre idas e vindas, risadas de doer a barriga e choros de doer a alma, me ensinam a beleza e a dureza de ser mulher. Por nos amarmos e nos permitirmos ser o que se é. Pelas fogueiras. Pela malandragem. VAMO GURIAS!

As irmãs Phaelante, a Bruna pela grande ajuda com o inglês. A Paula, negrume de my life, por preencher meu coração de afeto há 20 anos e mesmo do outro lado do planeta, ser o meu porto seguro.

A nova geração de crianças e bebês que repentinamente encheram de vida a minha existência. Pela inocência, pela fortaleza, pelos ensinamentos e pelos furinhos nas mãos.

Ao Vini, por ser maluco como eu, e ins(pirados) pela Lagoa dos Pathos, por Baco e Dionísio e por Cirandas e Maracatus, aceitou embarcar numa aventura alucinógena, permitindo a germinação de uma semente rara e muito desejada, que se desenvolve e dá cambalhotas em meu ventre. Pela ajuda inicial quando tudo eram páginas em branco. Pelos livros e pela “conversinha fiada”. Por me tirar do sério, quando insisto na rigidez.

As matriarcas, mulheres sábias, que afortunadamente reúno em minha vida ao longo dos anos. Pelos rezos, torcidas, palavras de carinho, vibrações, conselhos e pelos colos.

As Tendeiras da 21ª geração (grupo das quintas) por escutarem meus segredos e cuidarem de mim e da minha barriga, que a cada encontro se faz mais presente. Que venha o ritual e que o novo ciclo se inicie. Namaskar!

Dedico este trabalho a todxs in-visíveis que habitam as ruas e em meio a tantas  
impossibilidades e negativas, ainda ousam acreditar na vida.

A(o) moleca/moleque que habita o meu barrigão e que me deu a mão - ou o pé - toda vez  
que fraquejei na gestação desse trabalho.

## RESUMO

Com o objetivo de suscitar o debate sobre a População em Situação de Rua (PSR), apresento este relato de experiência que versa sobre o cuidado e as práticas em saúde desenvolvidas junto a este grupo populacional, em diversos espaços de aprendizagem, durante minha trajetória acadêmica como estudante de graduação de um curso da saúde de uma universidade pública do sul do Brasil. Através de narrativas construídas a partir de diários de campo, trago algumas experiências vividas que, juntamente com a revisão da literatura, propõe a reflexão da situação social e de saúde da PSR. Minha intenção é problematizar as estratégias de cuidado em saúde da PSR no Sistema Único de Saúde (SUS) e discutir a forma como o tema é tratado no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Concluo que o isolamento dos currículos e dos cursos universitários acaba por desfavorecer o diálogo entre os estudantes dos diferentes campos do saber, implicando no enrijecimento das equipes multiprofissionais. No mundo do trabalho é fundamental o investimento em educação permanente facultando momentos aos trabalhadores de pausa e reflexão das suas condutas e práticas. Aponto a necessidade de uma formação que se proponha a ser abrangente e complexa, que possa capacitar os futuros profissionais a dialogarem com os diferentes grupos populacionais. Em relação à PSR, que vive uma situação de exclusão e estigma, é fundamental que se interaja com as expectativas próprias do grupo, que carrega potencialidades e estratégias autônomas para o cuidado de sua saúde. Podendo desta forma, identificar suas reais necessidades e realizar o cuidado integral.

**Palavras Chave:** Cuidados de Enfermagem, Pessoas em Situação de Rua, Políticas Públicas, Integralidade em Saúde.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVO .....	17
3 REVISÃO DA LITERATURA .....	18
3.1 Política Nacional de Atenção à População em Situação de Rua .....	20
3.2 Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Saúde Mental.....	22
3.3 Movimento Nacional de População em Situação de Rua .....	24
3.4 Projeto de Extensão Universidade na Rua .....	25
3.5 Consultório na Rua .....	27
4 PERCURSO METODOLÓGICO .....	31
4.1 Tipo de Estudo .....	31
4.2 Campo de Estudo .....	31
4.3 Coleta de Dados .....	32
4.4 Aspectos Éticos.....	32
REFERÊNCIAS .....	33
<i>ARTIGO: ITINERÂNCIAS E SOBREVIVÊNCIAS DE UMA ACADÊMICA DE ENFERMAGEM NO “MUNDO DA RUA”: AS PRÁTICAS EM SAÚDE DESENVOLVIDAS JUNTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM PORTO ALEGRE, RS.</i> .....	38
5 ANEXO .....	57

## 1 INTRODUÇÃO

Durante o Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), debatemos de forma superficial os determinantes em saúde das populações que acessam os diferentes sistemas de cuidado e tratamento. Porém, na realidade do cuidado em Enfermagem, populações com as mais diversas características sociais, econômicas e culturais chegam até nós. Ao mesmo tempo, em nenhum momento do Curso, discutimos as necessidades e a realidade da População em Situação de Rua (PSR), levando ao desconhecimento, por parte dos estudantes e trabalhadores, de como cuidar destas pessoas, e gerando uma série de dúvidas e equívocos, que acabam por culminar em uma orientação que não está de acordo com as especificidades deste grupo. Durante minha trajetória acadêmica, vivenciei algum desses problemas. Um exemplo, recorrente nos serviços de saúde, é a dificuldade dos estudantes e trabalhadores de realizarem o cadastro da PSR no Sistema Único de Saúde (SUS), quando o usuário não está portando documentação que comprove local de moradia, direito garantido na Portaria nº 940 de 28 de abril de 2011 (BRASIL, 2011b).

Tal desconhecimento faz com que os trabalhadores da área da saúde, em geral, não implementem as políticas públicas vigentes para a PSR, ora por ignorá-las, ora por reproduzirem um sistema que carrega consigo estigmas e preconceitos. De acordo com Ronzani (2014), o estigma é uma construção social que representa uma marca a qual atribui ao seu portador um status desvalorizado em relação aos outros integrantes da sociedade. A estigmatização ocorre quando as pessoas são identificadas através de uma característica supostamente indesejável que possuem, e passam a ser discriminadas e desvalorizadas, o que culmina na prestação de um atendimento inadequado e gera graves consequências para a saúde desta população.

Na educação formal, como se pretende um curso universitário, também percebemos a reprodução do sistema político-econômico-social ao qual estamos inseridos, e os currículos acabam por priorizar determinadas questões em detrimento de outras. A Diretriz Curricular Nacional do Curso de Graduação em Enfermagem, no seu artigo 3º, dispõe que:

O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional: I - Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psicosociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001b, p. 1).

O Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFRGS coloca que:

A decisão pelo cuidado, como elemento central e base de conhecimento, envolve aspectos políticos, sociais, culturais, filosóficos, éticos e morais, possibilitando a reflexão das ideologias que norteiam o SUS, o ensino e as diversidades humanas encontradas na sociedade (UFRGS, 2012, p. 3).

Após a implementação das Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem, as escolas de Ensino Superior avançaram na compreensão crítico-reflexiva em relação à sociedade, mas ainda mostram-se conservadoras no modo como ensinam e operam os conteúdos, adotando grades curriculares fragmentadas e dando ênfase na concepção do processo saúde-doença. Ao abordarem o diagnóstico, a cura e o tratamento individual, não capacitam os estudantes para mobilizarem os saberes na busca da integralidade (SILVA, SENA, 2008).

Estima-se que, atualmente no Brasil, existam cinquenta mil pessoas vivendo em situação de rua, treze mil apenas no Estado de São Paulo (BRASIL, 2013c). No município de Porto Alegre, a estimativa é de quase quatro mil pessoas utilizando as ruas como moradia (UFRGSTV, 2014). Levando em conta o tamanho da população que se encontra em situação de rua e tomando por base a Diretriz Nacional do Curso de Graduação em Enfermagem e o Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFRGS, é necessário rever o conteúdo programático das disciplinas, a fim de que as mesmas se adequem às normativas que regulamentam o ensino em Enfermagem no Brasil.

A Portaria nº 940, que regulamenta o Cartão Nacional de Saúde (BRASIL, 2011b), estipula que os ciganos, os nômades e os moradores de rua não estão incluídos na

exigência de apresentar comprovante de residência e devem ser atendidos em qualquer Unidade de Saúde. Em prática de estágio, durante atividade de Estágio Curricular Obrigatório I, em uma Gerência Distrital de Saúde de Porto Alegre, observei que muitos trabalhadores da Atenção Básica não querem assistir essa população nos serviços que atuam, pelos motivos anteriormente expostos.

Também como acadêmica, em Estágio Curricular Não Obrigatório em uma maternidade de um hospital universitário do mesmo município, pude prestar assistência a algumas mulheres que se encontravam em situação de rua no momento do parto e puerpério e, da mesma forma que na Atenção Básica, percebi que os trabalhadores não têm os conhecimentos técnicos necessários para prestar um atendimento de qualidade e não demonstram empatia com este grupo social. O hospital, nesse sentido, se coloca como mais um espaço de reprodução de estigmas e violências e deve repensar também seu modelo de gestão e atenção. De acordo com Cecílio (1997),

A rede básica de serviços de saúde não tem conseguido se tornar a “porta de entrada” mais importante para o sistema de saúde. A “porta de entrada” principal continua sendo os hospitais, públicos ou privados, através dos seus serviços de urgência/emergência e dos seus ambulatórios (p. 471).

Sendo assim, se faz urgente debatermos este tema nos currículos de Enfermagem, para que os estudantes e trabalhadores possam chegar aos serviços conhecendo toda a população que o acessa e podendo garantir os princípios do SUS de integralidade, universalidade, equidade, descentralização e participação social, preconizados pela Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), bem como garantir o acesso à saúde como direito fundamental de toda a população, tal como está previsto na Constituição Federal vigente (BRASIL, 1988).

Durante vivência como bolsista do Projeto de Extensão Universidade na Rua da UFRGS (UFRGS, 2015), aprofundi meus conhecimentos acerca da realidade destas pessoas, através de reuniões, oficinas, cursos, grupos de estudo e encontros, onde trocamos experiências embasadas no modelo de Educação Popular em Saúde (EPS) (BRASIL, 2013b).

A educação popular é uma estratégia educacional que valoriza os saberes prévios dos educandos e leva em consideração a sua realidade cultural. No âmbito da saúde permite a inclusão de novos personagens, fortalecendo sua organização autônoma e permitindo que as equipes de saúde ampliem suas práticas, em sintonia com as múltiplas expressões culturais e as formas de conhecimento popular.

De acordo com Gomes e Mehry (2001), a educação em saúde é muitas vezes percebida como uma maneira de fazer as pessoas mudarem seus hábitos ao incorporarem práticas higiênicas e recomendações médicas que supostamente evitariam o desenvolvimento de determinadas doenças. Entretanto, conforme os autores citados, educar para a saúde é ajudar a população a compreender as causas dessas doenças e a se organizar para combatê-las.

A educação popular em saúde, assim, busca empreender uma relação de troca de saberes entre o saber popular e o científico, em que ambos têm a enriquecer reciprocamente. Segundo diversos autores, essa proposta torna-se cada vez mais necessária, à medida que foi sendo produzido um distanciamento cultural entre as instituições de saúde e a população, fazendo com que uns não compreendam o modo como os outros operam (GOMES; MEHRY, 2001, p. 11).

A EPS busca a construção de uma consciência sanitária capaz de reverter o quadro de saúde da população e, sobretudo, intensificar a participação popular, radicalizando a perspectiva democratizante das políticas públicas. O desafio atual é a legitimação, por parte do Estado, das práticas e dos princípios da EPS no SUS, a fim de contribuir com a melhora da qualidade de vida das pessoas, seja pela agregação de valores culturais, seja pela incorporação de práticas e saberes que estão na sociedade e nos movimentos populares e que são historicamente marginalizados (BRASIL, 2014b). Sendo assim, a EPS contribui imensamente como referencial teórico para a discussão da situação da PSR e auxilia na elaboração e organização das práticas de cuidado realizadas junto a este grupo.

Com o objetivo de avançar nos estudos sobre a assistência de saúde à PSR, planejei realizar a prática do Estágio Curricular Obrigatório II do Curso de Enfermagem da UFRGS, no Consultório na Rua (CR), que pertence a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e estabelece sua base junto ao Centro de Saúde Santa Marta, no bairro Centro.

Sendo um serviço especializado de atenção integral em saúde a PSR, o CR me pareceu uma escolha apropriada para a realização do campo.

Os Consultórios na Rua<sup>1</sup> foram criados para atender esta população de forma especializada, no âmbito do setor saúde. Seguem as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2012a) e fornecem atendimento integral em saúde à PSR (BRASIL, 2011a). Em Porto Alegre, existem duas equipes de Consultório na Rua, uma pertencente à SMS e que atende prioritariamente a região central da cidade e outra gerenciada pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC) que assiste a região norte do município.

No artigo que segue, relato em forma de narrativa algumas das experiências que vivenciei nos espaços de aprendizagem apresentados, a fim de trazer minha contribuição para o debate da PSR dentro do Curso de Enfermagem da UFRGS, mas também para todas as demais pessoas que se interessem em conhecer mais sobre o tema. No próximo capítulo, apresento a fundamentação teórica que orientou a realização deste estudo. Espero que este trabalho possa colaborar para a discussão das práticas em saúde junto a este grupo social, em especial dentre os estudantes e coletivos que buscam material de apoio para suas pesquisas e ações.

---

<sup>1</sup> Consultório na Rua é a denominação atual do serviço, que abrange os extintos PSF Sem Domicílio e o Consultório de Rua. Tais dispositivos e nomenclaturas são explicadas no capítulo Revisão da Literatura, subcapítulo Consultório na Rua.

## **2 OBJETIVO**

Relatar a experiência da estudante com as práticas em saúde desenvolvidas junto à População em Situação de Rua, durante vivências da formação acadêmica, em Projeto de Extensão e Estágios Curriculares e Extracurriculares do Curso de Enfermagem da UFRGS.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

Existe um número crescente de pessoas que estão excluídas das estruturas convencionais da sociedade e que acabam por encontrar nas ruas um espaço de acolhimento e sobrevivência. Tal população, geralmente marginalizada e estigmatizada, se depara com situações e comportamentos de risco, os quais tem como consequência o comprometimento de sua saúde física e mental. No âmbito da garantia dos direitos humanos e do acesso à saúde, não encontram as portas dos serviços abertas, como previsto na legislação, e sofrem diretamente o preconceito das instituições que não conseguem atendê-las.

No Decreto nº 7053 de 23 de dezembro de 2009, o Presidente da República em exercício instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009a), implementada de acordo com os princípios, diretrizes e objetivos previstos. Nesse Decreto, considera população em situação de rua:

[...] o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009, p. 1).

Lopes (apud BRASIL, 2014c) considera que o fenômeno situação de rua é consequência de diversos condicionantes, como fatores estruturais (ausência de moradia, trabalho e renda), fatores biográficos (quebra de vínculos familiares, doenças mentais e uso abusivo de álcool e outras drogas) e fatos da natureza (terremotos e inundações). A invisibilidade é um dos graves problemas que afeta esta população e impede que tenha seus direitos reconhecidos, o que se torna evidente ao percebermos que apenas em 2009 foi criada uma Política de atenção específica para esse grupo populacional (BRASIL, 2009a).

No “mundo da rua”, as pessoas interagem com os elementos deste espaço, que tem dinâmica própria, e reproduzem a exclusão social. Esses sujeitos acabam incorporando os valores presentes neste contexto, desvinculando-se da família, da escola, do trabalho

formal e dos serviços de saúde. Por outro lado, de acordo com Liberalesso (2004), as instituições de acolhimento são conservadoras e efetivam práticas que não dão conta da realidade da PSR, que possuem experiências de vida que as impedem de se submeterem aos padrões convencionais de tratamento. Desta forma, os interesses e necessidades desse grupo nem sempre são atendidos na rede de atenção formal.

Dentre as principais violações contra a população em situação de rua estão: as chacinas e extermínios, os espancamentos, a retirada dos pertences, o desmonte de seus abrigos, jatos de água, coação, agressão verbal, a detenção por vadiagem, o impedimento de acessar serviços e espaços públicos, a expulsão das regiões centrais da cidade, o impedimento de entrar nas cidades, a proibição de doações, o cadastro e abrigamento obrigatórios, a apreensão de documentos e a negação ou demora do atendimento pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (UFRGS, 2015).

Pesquisa realizada pela Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), em 2011, apontou que existem 1347 adultos vivendo em situação de rua em Porto Alegre (PORTO ALEGRE, 2012). Do total 49,95% são nascidos no município e o restante é proveniente de cidades do interior do estado. Grande parte dessa população concentra-se no centro da cidade, vivendo em praças, parques e nas ruas. Os homens correspondem a 81,7% e as mulheres 17,3%. Há indícios de uma diminuição de adolescentes na rua, mas, por outro lado, registra-se a permanência de idosos, provavelmente em razão do aumento da expectativa de vida no Brasil (BRASIL, 2013f). Em relação à idade, a maior parte tem entre 25 a 55 anos. Sobre a cor da pele, quase 70% se autodeclararam não brancos, ou seja, pretos, pardos e amarelos.

Mais de 60% não completaram o ensino fundamental, incluindo os que se declararam analfabetos. Ingressaram no ensino médio 14,4%, dos quais metade afirma tê-lo concluído. Quase 3% dizem ter ingressado no ensino superior. Constata-se que mais de 60% desempenham atividade reconhecida e aceita como inclusiva: catar material reciclável (19,8%), realizar atividade de reciclagem (15,9%), lavar ou guardar carros (12%), trabalhar na construção civil (6,3%), entre outras. Apenas 15,7% pedem dinheiro para sobreviver, o que desmistifica a ideia generalizada de que são "mendigos" e "pedintes". O estudo também indica uma alta presença de doenças ou problemas de saúde. As duas opções mais

recorrentes – “dependência química/álcool” e doenças/problemas “nos dentes” – foram informadas por praticamente metade da população pesquisada (49,6%). A terceira opção mais citada – “doença mental/psiquiátrica/psicológica/depressão /dos nervos/da cabeça” foi mencionada por 33,1% (PORTO ALEGRE, 2012).

Rosa, Cavichioli e Brêtas (2005) perceberam a PSR em três situações: ficar na rua (circunstancialmente), estar na rua (recentemente) e ser da rua (permanentemente). “Ficar na rua” caracteriza transitoriedade, quando a pessoa possui ainda um projeto de vida e mantém fortes vínculos familiares; “estar na rua” implica a diminuição do contato com a família e o estabelecimento de novos vínculos na rua; “ser da rua” traz em si a identidade e identificação com a própria rua, que passa a ser o lugar de referência e espaço de relações - o corpo se modifica, bem como as formas de conviver e ver o mundo.

Portanto, a PSR apresenta-se de forma homogênea em termos de sua exclusão social. Contudo, há uma heterogeneidade marcante nos motivos que levam estas pessoas às ruas, no tempo que estão nela e no grau e tipo de vínculos familiares que possuem. Tais diferenças são extremamente relevantes para a elaboração de estratégias de abordagem e para o planejamento do cuidado e das ações de saúde destinadas a estas pessoas, em especial no campo da saúde mental.

### 3.1 Política Nacional de Atenção à População em Situação de Rua

As Políticas Públicas são elaboradas para concretizar e definir como serão garantidos os direitos de determinada população ou grupo, previamente instituídos na Constituição Federal e na legislação que regulamenta a sociedade. Apenas em 2009, foi criada a Política Nacional de Atenção à População em Situação de Rua (BRASIL, 2009a), após a articulação dos movimentos sociais, sobretudo do Movimento Nacional de População em Situação de Rua (MNPR). Tal Política tem por objetivo promover a implementação de direitos, tais como o de ir e vir e o de ocupar os espaços públicos, a liberdade de expressar livremente o seu pensamento, o acesso à habitação, à alimentação, à

saúde, à educação, ao trabalho e ao salário mínimo, ao lazer, à segurança, à previdência e à assistência social (MNPR, 2010).

Como princípios, além da igualdade e equidade, definiu-se nesta Política: o respeito à dignidade da pessoa humana; o direito à convivência familiar e comunitária; a valorização e o respeito à vida e à cidadania; o atendimento humanizado e universalizado; e o respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência (BRASIL, 2009a).

Os objetivos da Política são: garantir a formação e capacitação permanente de profissionais e gestores; produzir, sistematizar e disseminar dados e indicadores sociais, econômicos e culturais sobre a rede de serviços públicos à população em situação de rua; desenvolver ações educativas permanentes que contribuam para a formação de cultura de respeito, ética e solidariedade entre a população em situação de rua; incentivar a pesquisa, produção e divulgação de conhecimentos sobre a população em situação de rua; implantar centros de defesa dos direitos humanos para a população em situação de rua; incentivar a criação, divulgação e disponibilização de canais de comunicação para o recebimento de denúncias de violência contra a população em situação de rua, bem como de sugestões para o aperfeiçoamento e melhoria das políticas públicas voltadas para este segmento; proporcionar o acesso das pessoas em situação de rua aos benefícios previdenciários e assistenciais e aos programas de transferência de renda, na forma da legislação específica; criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Sistema Único de Saúde (SUS) para qualificar a oferta de serviços; adotar padrão básico de qualidade, segurança e conforto na estruturação e reestruturação dos serviços de acolhimento temporários; implementar centros de referência especializados para atendimento da população em situação de rua (CENTROPOP), no âmbito da proteção social especial do SUAS; implementar ações de segurança alimentar e nutricional suficientes para proporcionar acesso permanente pela população em situação de rua à alimentação, com qualidade; e disponibilizar programas de qualificação profissional para

as pessoas em situação de rua, com o objetivo de propiciar o seu acesso ao mercado de trabalho (BRASIL, 2009a).

A Política também institui o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, integrado por representantes da sociedade civil e por representantes do Governo. Tem como objetivos prioritários, além de monitorar e acompanhar a Política Nacional para a População em Situação de Rua, propor medidas para assegurar a articulação intersetorial, a divulgação da Política e a organização de encontros nacionais periódicos, com o intuito de avaliar e formular ações (BRASIL, 2009a).

### 3.2 Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Saúde Mental

A Atenção Básica caracteriza-se como porta de entrada do SUS e deve ser o contato preferencial dos usuários. O foco das ações está na promoção e proteção à saúde, na prevenção de agravos, no diagnóstico, tratamento e reabilitação, na redução de danos e na manutenção da saúde, abrangendo os indivíduos e o coletivo, de forma a desenvolver uma atenção integral.

É desenvolvida em territórios delimitados, pelas quais assume a responsabilidade de saúde, por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas e organizando-se em equipes de trabalho multiprofissionais. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade e se propõe a resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância na população que pertence à área de abrangência (BRASIL, 2013d).

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012a) tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e de outras estratégias de organização da Atenção Básica deverão seguir as diretrizes da Atenção Básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais.

Podemos dizer que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa. Por estas

peculiaridades, é comum que os trabalhadores se encontrem a todo o momento com pacientes em situação de sofrimento psíquico.

A Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001a) é resultado das mobilizações iniciadas na década de 1980 por usuários, familiares e trabalhadores da saúde. O objetivo, naquele momento, era problematizar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. O movimento se abasteceu das experiências positivas de países europeus na substituição de um modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial (BRASIL, 2013d).

Iniciativas municipais promoveram a desinstitucionalização de moradores de manicômios criando serviços de atenção psicossocial para a reinserção de usuários em seus territórios. Os hospitais psiquiátricos foram sendo fechados à medida que se consolidavam outros serviços de cuidado, tanto longitudinal quanto intensivo, para os períodos de crise. A atenção aos usuários de saúde mental passa a ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle dos sintomas do transtorno no qual foi diagnosticado. Para tal, se fez necessário organizar serviços abertos, com a participação ativa dos usuários e suas famílias e formando redes com outras políticas públicas, tais como educação, moradia, trabalho, cultura etc. Este processo de mudança se expressa hoje, especialmente por meio do Movimento da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2013d).

Após mais de dez anos de tramitação no Congresso Nacional, foi sancionada a Lei nº 10216, de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001a) que afirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Nos anos seguintes, amplia-se fortemente a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que passa a integrar o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) e a ESF cumprem uma importante função na composição dessa rede comunitária de assistência em saúde mental. Nascidas com o fim da ditadura militar e com o processo de redemocratização, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica tem como objetivo garantir a todos os seus cidadãos o direito à saúde. Desta

forma, tanto na Atenção Básica quanto na Saúde Mental, saúde e cidadania são inseparáveis.

### 3.3 Movimento Nacional de População em Situação de Rua

Atores somos todos nós, e cidadão não é aquele que vive em sociedade:  
é aquele que a transforma.  
Augusto Boal

Na década de 1960 já se observavam algumas iniciativas de organização das pessoas que habitavam as ruas nas cidades brasileiras. A ação mais efetiva começou com as pessoas que viviam nas ruas e trabalhavam com catação de material reciclável, surgindo as primeiras associações e cooperativas de catadores. Mais tarde, esses grupos se juntaram, formando o Movimento Nacional de Catadores de Materiais Reciclados.

Depois da chacina da Praça da Sé, em 2004, em que quinze moradores foram atacados pela polícia enquanto dormiam (sete morreram), grupos de moradores de rua de São Paulo e Belo Horizonte começaram a organizar o que se tornou o Movimento Nacional de População em Situação de Rua. Foi no 4º Festival Lixo e Cidadania, ocorrido em Belo Horizonte em setembro de 2005, que houve o lançamento oficial do MNPR.

O MNPR possui princípios que orientam sua organização e prática políticas. São eles: democracia, valorização do coletivo, solidariedade, ética e trabalho de base. O MNPR destaca as seguintes bandeiras de luta: resgate da cidadania por meio de trabalho digno, salários suficientes para o sustento, moradia digna e atendimento à saúde (MNPR, 2010).

Atualmente, há organização do MNPR em diversas cidades brasileiras. Muitas conquistas de direitos se deve a mobilização social organizada da PSR. Em Porto Alegre, o MNPR está presente em diversos foros de discussão e deliberação política. Organiza suas ações de acordo com as bandeiras de luta e as especificidades locais, garantindo visibilidade as pessoas que estão em situação de rua.

### 3.4 Projeto de Extensão Universidade na Rua

Ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho,  
os homens se libertam em comunhão.  
Paulo Freire

Antes de abordar o Projeto Universidade na Rua, trago o conceito atual de Extensão Universitária definido na Política Nacional que trata do tema:

A Extensão Universitária, sob o princípio constitucional da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, é um processo interdisciplinar, educativo, cultural, científico e político que promove a interação transformadora entre Universidade e outros setores da sociedade (BRASIL, 2012b, p. 41).

A prática da Extensão Universitária teve início no século XX, pouco tempo depois da criação do ensino superior. De 1950 a 1960 o movimento estudantil, através das suas entidades de representação, contribuiu para o seu fortalecimento. Mas foi somente durante a ditadura militar que a Extensão Universitária foi formalmente instituída na Lei Básica da Reforma Universitária, Lei nº 5540 de 28 de novembro de 1968 (BRASIL, 1968).

Com a reabertura política e o fim do regime militar, foi reelaborada a concepção de Universidade Pública e redefinidas as práticas de ensino, pesquisa e extensão. A partir de então, os três pilares da universidade passaram a ter maior articulação e a Extensão Universitária passou a se relacionar com os novos movimentos sociais que surgiam. Em 1987, foi criado o Fórum Nacional de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras, marco importante da consolidação desta atividade (BRASIL, 2012b).

O Projeto Universidade na Rua tem sua origem em 2009 na UFRGS, com a proposta de promover oficinas de educação em saúde na fila de entrada do Restaurante Popular de Porto Alegre, elaboradas por estudantes de alguns cursos da área da saúde e sob orientação de docentes da mesma área de atuação. As oficinas duraram alguns meses e articularam-se com a pesquisa e o ensino. Ao final do período, a proposta ganhou força e foi vinculada ao Departamento de Educação e Desenvolvimento Social (DEDS), através do

Programa Convivências Urbano que teve duas edições seguidas (2009 e 2010) com o tema “População em Situação de Rua”.

Paralelamente, os professores que estavam vinculados ao projeto inicial seguiram desenvolvendo atividades junto a essa população, culminando na proposta do atual Projeto de Extensão, que recebeu o nome de Universidade na Rua (UFRGS, 2015). Tal proposta se fundamenta a partir das experiências anteriores dos docentes e alunos, e em dois conceitos entrecruzados que carregam a potência para a mudança das atuais condições de existência da PSR: resiliência e acolhimento.

Resiliência é a capacidade individual das pessoas de responderem de forma positiva perante as adversidades, sejam elas um risco real ou potencial para sua saúde ou desenvolvimento. O termo resiliência foi inicialmente proposto pela Física e significa a capacidade de um material restaurar sua forma anterior, depois de passar por uma modificação decorrente de um estímulo externo (PINHEIRO, 2004). Na perspectiva da Saúde Mental, pensa-se que a resiliência seja a potência não só do indivíduo que se encontra em situação de rua de recuperar sua condição de dignidade, mas também sua afetividade, muitas vezes perdida em um ciclo de violência, e de construir e assegurar sua nova identidade (UFRGS, 2015).

De acordo com Neves e Rollo (2006), o acolhimento é uma postura e um compromisso que implica a escuta ativa do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e doença, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Deve ser praticada por todos os trabalhadores e em todos os momentos de encontro do paciente em qualquer serviço de saúde. É uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH).

A PNH tem como objetivo colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, motivando mudanças no modo de gerir e cuidar. Estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais e dos usuários no cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada,

promovendo a inclusão para estimular a produção de novos modos de cuidar e de organizar o trabalho (BRASIL, 2013a).

### 3.5 Consultório na Rua

O Consultório na Rua surge com a junção de dois outros serviços que assistiam a PSR: o Consultório de Rua e o Programa de Saúde da Família Sem Domicílio. O extinto Consultório de Rua pertencia à rede de Saúde Mental e teve seu início em 1999, no município de Salvador, Bahia, em um projeto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA), através do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD). O projeto foi idealizado pelo Professor Antônio Nery Filho, como uma estratégia de cuidado às crianças em situação de rua que faziam uso abusivo de drogas e foi concretizado com a parceria da Prefeitura Municipal de Salvador (BRASIL, 2010b).

Durante oito anos, a experiência foi possível com apoio financeiro de outras instâncias governamentais, como o Ministério da Saúde, a Secretaria Nacional Sobre Drogas, a Secretaria de Combate à Pobreza e a Secretaria do Trabalho e Ação Social (OLIVEIRA, 2009b). O projeto foi sendo ajustado à medida que ia acontecendo, mantendo suas características originais.

O Ministério da Saúde (MS) 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 (BRASIL, 2009b) e no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (BRASIL, 2010a), com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde, melhorar e qualificar o atendimento oferecido pelo SUS às pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas através de ações de rua.

A composição multidisciplinar da equipe foi uma exigência do serviço e assumiu algumas configurações até encontrar o conjunto de profissionais mais adequados. De acordo com Oliveira (2009b), foi feita uma avaliação dessa experiência ocorrida entre 1999 até 2006 em Salvador, permitindo elaborar um argumento sobre a pertinência deste dispositivo como alternativa para a abordagem e atendimento aos usuários de drogas em

situação de grave vulnerabilidade social e com maiores dificuldades em aderir ao modelo tradicional dos serviços da rede.

Existem três modalidades de equipes de Consultório na Rua, conforme a Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011, que definiu as diretrizes de organização e funcionamento das equipes (BRASIL, 2011a). A modalidade I é a equipe formada, minimamente, por quatro profissionais, dentre os quais dois destes, obrigatoriamente, deverão ser enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional, e os demais agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação.

A modalidade II é a equipe formada, minimamente, por seis profissionais, dentre os quais três destes, obrigatoriamente, deverão ser enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional, e os demais agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação. A modalidade III é a equipe da modalidade II acrescida de um profissional médico.

A Portaria nº 1029 de 20 de maio de 2014 ampliou o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades. Foi inserido o cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação (BRASIL, 2014a).

Outro serviço que deu origem ao Consultório na Rua, no formato que existe atualmente, foi o Programa Saúde da Família Sem Domicílio (PSF Sem Domicílio). Segundo Londero, Ceccim e Bilibio (2014), o PSF Sem Domicílio, pertencente à rede de Atenção Básica, prestava atendimento de forma itinerante, fazendo abordagens aos moradores de rua, identificando as causas da sua situação e acionando os diversos setores que pudessem auxiliar na busca por um vínculo familiar, por geração de renda e promoção da saúde. Em Porto Alegre, o PSF Sem Domicílio tinha maior atuação junto a PSR que se localiza na região central, e tinha sua sede no mesmo local onde hoje se encontra a base do Consultório na Rua.

Desta forma, o Consultório na Rua hoje, representa a convergência da experiência com a Redução de Danos dos Consultórios de Rua e com o PSF Sem Domicílio. Sendo assim, afirmam Londero, Ceccim e Bilibio (2014):

A passagem do CR, que estava vinculado à Política Nacional de Saúde Mental até 2012 para a Política Nacional de Atenção Básica, não representa apenas uma mudança de nomenclatura (Consultório “de” para Consultório “na” Rua), mas uma mudança nas diretrizes estratégicas deste dispositivo, atendendo, ainda, à prioridade do Governo do Brasil, de prevenção do consumo e da dependência de crack, álcool e outras drogas. Cabe lembrar a posição contrária à extinção do PSF Sem Domicílio pelo Movimento Nacional da População de Rua, que entende que não é apenas a atenção em relação ao consumo e dependência de crack, álcool e outras drogas que a população em situação de rua necessita. (p. 4-5).

A Redução de Danos (RD) é uma estratégia para aumentar a qualidade de vida das pessoas e tem seu alicerce no estabelecimento de vínculo, confiança e empatia entre a equipe e o usuário. A prática de RD é construída conjuntamente e visa à diminuição de malefícios à saúde relacionados aos hábitos de vida dos sujeitos.

No contexto da Atenção Primária, podemos reduzir danos em diversas situações: pessoas que tem diabetes e hipertensão podem ser orientadas à substituição de alimentos, por exemplo. No que tange ao cuidado de pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, a RD atenua os agravos decorrentes deste comportamento e busca construir conjuntamente um modo de viver mais saudável.

Outras ferramentas que podem ser empregadas para desenvolvermos estratégias de RD já são amplamente utilizadas nos serviços: a escuta, o acolhimento, o vínculo e o acompanhamento, enxergando o usuário de uma maneira integral. Neste sentido, a RD diminui os riscos decorrentes da exposição a substâncias ou práticas nocivas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou a expressão Redução de Danos pela primeira vez em 1993. A Estratégia da Redução de Danos se demonstrou eficaz no seu início, quando se ofertavam seringas aos usuários de drogas injetáveis. Há também experiências de substituição de crack por maconha, levando-se em conta que o uso de maconha é menos nocivo e está menos relacionado a agravos do que o uso de crack, e distribuição de cachimbos, com o intuito de diminuir a exposição do usuário de crack a

doenças transmissíveis. Em relação à prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) a ampla oferta de preservativos também se constitui uma prática de RD.

Antes de tudo, é preciso produzir vínculos e para tal a Redução de Danos se mostra uma estratégia muito eficaz. Quando pensamos por essa lógica, não julgamos unilateralmente o que é melhor para o usuário em qualquer âmbito. Construimos junto com ele um conjunto de ações que podem melhorar a sua vida sem que isso envolva, necessariamente, mudanças de hábitos abruptas (BRASIL, 2013e).

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 Tipo de Estudo

Para a realização deste estudo, foi utilizada a metodologia do relato de experiência. Foi realizada também uma revisão bibliográfica sobre o tema, a fim de apresentar, de forma aprofundada, a temática escolhida. O relato de experiência, através das narrativas pessoais, possibilita a troca de saberes fundamentada na vivência única e compartilhada. Benjamin (apud Oliveira, 2009) afirma que:

[...] o importante é percebermos que, ou, resta a nós, indivíduos solitários dessa sociedade capitalista, viver experiências individuais efêmeras, “experiências vividas isoladamente” por causa de um esfacelamento social, ou, ao contrário disso, conseguirmos inverter essa situação e evitar uma acomodação. Assim, poderemos modificar sistemas falidos e criar estruturas mais sólidas para as nossas sociedades a partir das nossas próprias experiências individuais (p. 114).

O termo narrativa (HOUAISS, 2001, p. 378) é definido como: “história, conto, narração, o por fim, modo de narrar”. A palavra narrativa deriva do verbo narrar, que remete ao ato de contar, relatar, expor um fato, uma história (BRAGIO, 2014).

### 4.2 Campo de Estudo

As narrativas foram desenvolvidas a partir dos diários de campo de diversos espaços de aprendizagem. Apresento os dois campos onde vivenciei a maior parte das experiências relatadas.

O Projeto de Extensão Universidade na Rua tem sua origem em 2009 na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, através do Programa Convivências do Departamento de Educação e Desenvolvimento Social (DEDS) e hoje procura consolidar-se reunindo ações de diversas áreas e desenvolvendo práticas inclusivas fortalecedoras de vínculos, de cuidado e de aprendizagem construtiva e criativa nos locais públicos. Parte do

reconhecimento do segmento da população que faz uso das ruas da cidade como moradia e convivência e que sua existência é inerente à dinâmica das cidades. Considera os saberes e o protagonismo dessas pessoas na construção de um processo facilitador de inclusão e de cidadania e que possa dialogar com a sociedade. Propõe ações de caráter interdisciplinar como oficinas, cursos, intervenções e seminários, buscando alavancar as políticas públicas novas e as já existentes para a População em Situação de Rua (UFRGS, 2015).

Os Consultórios na Rua (CR) são equipes de saúde que prestam atenção integral à PSR, considerando suas diferentes necessidades. Possuem profissionais de várias formações que atuam de forma itinerante desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), Serviços de Urgência e Emergência e outros pontos de atenção (BRASIL, 2010b).

#### 4.3 Coleta de Dados

O relato de experiência, fruto desta pesquisa, foi escrito a partir dos diários de campo e relatórios de estágio elaborados pela acadêmica durante vivências em Projeto de Extensão e Estágios Curriculares e Extracurriculares do Curso de Enfermagem da UFRGS.

#### 4.4 Aspectos Éticos

Foram seguidas as diretrizes éticas postuladas na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c), no que tange a não maleficência, à beneficência, à justiça, à equidade, entre outros, sem que fosse necessário submeter o projeto a um comitê de ética em pesquisa. Foram resguardados os direitos autorais dos textos, documentos e trabalhos consultados, de acordo com a Lei nº 9610 de 19 de fevereiro de 1998 (BRASIL, 1998).

## REFERÊNCIAS

BRAGIO, Jaqueline. **O sentido de ser educador das/nas brinquedotecas do Hospital Infantil de Vitória/ES**: um estudo a partir dos conceitos de “experiência”, “narrativa” e “cuidado”. Dissertação (Mestrado) - Centro de Educação, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2014. 141 p.

BRASIL. Lei nº 5540 de 28 de novembro de 1968. Revogada pela Lei nº 9394 de 1996, com exceção do artigo 16, alterado pela Lei nº 9192 de 1995. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 nov. 1968. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCivil\\_03/Leis/L5540.htm](http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/Leis/L5540.htm)>. Acesso em: 30 set 2015.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 5 maio 2015.

BRASIL. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 5 maio 2015.

BRASIL. Lei nº 9610 de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 fev. 1998. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/19610.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/19610.htm)>. Acesso em: 5 maio 2015.

BRASIL. Lei nº 10216 de 6 de abril de 2001a. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 abr. 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm)>. Acesso em 22 nov 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3 de 7 de novembro de 2001b. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 3 ago 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7053 de 23 de dezembro de 2009a. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de

Acompanhamento e Monitoramento e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 dez. 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: 5 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1190 de 04 de junho de 2009b. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 jun. 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190\\_04\\_06\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html)>. Acesso em: 7 nov 2015.

BRASIL. Decreto nº 7179 de 20 de maio de 2010a. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 maio 2010. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm)>. Acesso em: 1 nov 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultórios de Rua do SUS**: material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília: Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ, Set 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011a. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jan. 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html)>. Acesso em: 5 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 940 de 28 de abril de 2011b. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 abr. 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940\\_28\\_04\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html)>. Acesso em: 5 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. FÓRUM DE PRÓ-REITORES DE EXTENSÃO DAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO SUPERIOR BRASILEIRA. **Política Nacional de Extensão Universitária**. Manaus: 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012c. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 dez. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 5 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2761 de 19 de novembro de 2013b. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 nov. 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761\\_19\\_11\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html)>. Acesso em 5 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da População em Situação de Rua**: uma questão de equidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/saude\\_populacao\\_situacao\\_rua.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/saude_populacao_situacao_rua.pdf)>. Acesso em: 5 maio 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº 34 – Saúde Mental**. Brasília: Editora MS, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Saúde Mental**: atendimento e intervenção com usuários de álcool e outras drogas. 2ª ed. Brasília: Editora MS, 2013e.

BRASIL, IBGE. **Tábua completa de mortalidade**, 2013f. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas\\_Completas\\_de\\_Mortalidade/Tabuas\\_Completas\\_de\\_Mortalidade\\_2013/pdf/ambos\\_pdf.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2013/pdf/ambos_pdf.pdf)>. Acesso em: 17 nov 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1029 de 20 de maio de 2014a. Amplia o rol das categorias que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 maio 2014. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1029\\_20\\_05\\_2014](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1029_20_05_2014)>. Acesso em 9 nov 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa, 2014b. 224 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

GOMES, Luciano Bezerra; MEHRY, Emerson Elias. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 7-18, jan. 2011.

HOUAISS, Antônio. **Minidicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

LIBERALESSO, Rita de Cacia Borges. A Educação Social de Rua e os Pressupostos Educacionais Freireanos: um estudo de caso. **Vidya**, Santa Maria, v. 24, n. 42, p. 41-46, jul./dez. 2004.

LONDERO, Mário; CECCIM, Ricardo; BILIBIO, Luiz. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Revista Interface**, Botucatu, v. 18, n. 49, abr./jun. 2014, p. 251 – 260.

MNPR. Movimento Nacional para População em Situação de Rua. **Conhecer pra lutar**. Brasília: documento impresso, 2010.

NEVES, Cláudia Abbês; ROLLO, Adail. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**, 2ª ed. Brasília, DF: Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2006.

OLIVEIRA, Francine. A narrativa e a experiência em Walter Benjamin. In: **Anais do 8º Congresso Lusocom**. Universidade do Minho, Braga, 2009a. Disponível em: <<http://conferencias.ulusofona.pt/index.php/lusocom/8lusocom09/paper/viewFile/61/>>. Acesso em: 5 maio 2015.

OLIVEIRA, M.G.P.N. **Consultório de rua**: relato de uma experiência. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2009b. 151p.

PINHEIRO, Débora Patrícia Nemer. A Resiliência em Discussão. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 67-75, mar. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a09>>. Acesso em: 17 nov 2015.

PORTO ALEGRE. Fundação de Assistência Social e Cidadania. **Cadastro da População Adulta em Situação de Rua na Cidade de Porto Alegre**. Porto Alegre: documento impresso, 2012.

RONZANI, Telmo Mota; NOTO, Ana Regina; SILVEIRA, Pollyanna; CASELA, Ana Luísa Marlière. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014.

ROSA, Anderson da Silva; CAVICHIOLI, Maria Gabriela Secco; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 576-582, ago. 2005.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela de Sena. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, mar. 2008. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342008000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 25 out 2015.

UFRGS. **Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado em Enfermagem**. Porto Alegre: documento impresso, 2012.

UFRGS, PROEXT. **Universidade na Rua e Movimento Nacional de Pessoas em Situação de Rua**, 2015. Disponível em:

<<file:///C:/Users/User/Downloads/Projeto%20proext%202015.pdf>> Acesso em: 20 jun 2015.

UFRGSTV. **Conhecendo a UFRGS: Universidade na Rua: 2014**. Disponível em:

<<https://www.youtube.com/watch?v=dF0UvjmgibA>>. Acesso em: 05 maio 2015.

***ITINERÂNCIAS E SOBREVIVÊNCIAS DE UMA ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
NO “MUNDO DA RUA”: AS PRÁTICAS EM SAÚDE DESENVOLVIDAS JUNTO  
À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM PORTO ALEGRE, RS.<sup>2</sup>***

***THE JOURNEY AND SURVIVALS OF A NURSING ACADEMIC IN THE  
‘WORLD OF THE STREET’: THE PRACTICES IN HEALTH DEVELOPED  
ALONGSIDE THE STREET’S SITUATION GROUP IN PORTO ALEGRE, RS,  
BRAZIL***

**Resumo**

Com o objetivo de suscitar o debate sobre a População em Situação de Rua (PSR), apresento este relato de experiência que versa sobre o cuidado e as práticas em saúde desenvolvidas junto a este grupo populacional, em diversos espaços de aprendizagem durante minha trajetória acadêmica, como estudante de graduação de um curso da saúde de uma universidade pública do sul do Brasil. Através de narrativas construídas a partir de diários de campo, trago algumas experiências vividas que propõe a reflexão da situação social e de saúde da PSR. A intenção é problematizar as estratégias de cuidado em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e de como o tema está sendo discutido dentro do curso de graduação que realizo minha formação profissional. Concluo que o isolamento dos currículos e dos cursos universitários acaba por desfavorecer o diálogo entre os estudantes dos diferentes campos do saber, o que mais tarde, implica num enrijecimento das equipes multiprofissionais. No mundo do trabalho, é fundamental que se invista em educação permanente para os trabalhadores e momentos de pausa e reflexão das suas condutas e práticas.

**Palavras Chave:** cuidados de enfermagem; pessoas em situação de rua; políticas públicas; integralidade em saúde.

---

<sup>2</sup>Artigo será submetido à revista Psicologia e Sociedade e foi formatado de acordo com as normas de submissão de trabalhos acadêmicos solicitadas pelo periódico em questão. As normas estão disponíveis no Anexo.

**Abstract**

It is with the aim of stimulating the discussion on the Street's Population of Porto Alegre (PSR) that I present my experience report, which deals with the care and health practices developed alongside this group, in several learning areas during my academic journey, as an undergraduate of a health course at a federal university in the south of Brazil. Through narratives composed from field journals, I bring through experiences a proposal of reflection of the social and health situation of the PSR Group. The purpose is to discuss the health care strategies within the Unified Health System known as SUS and how the topic has been discussed within the course. I conclude that the isolation of the curriculums and the university courses lead to disadvantage on the dialogue between students from the different fields of knowledge, which later entails a stiffening of multidisciplinary teams. In the professional world, it is essential to invest in a continuous education to professionals on moments of pause and reflection of their work conduct and practice.

**Key Words:** nursing care; people in the streets situation; homeless; public politics; healthy integrity.

***Caminhante não há caminho, o caminho se faz ao caminhar!***

Mas a vida, por alguns segundos e apesar de tudo, é pura poesia.  
Amarildo Félix

O verbo cuidar e seus derivados são valiosos para os trabalhadores da saúde, que o utilizam como ferramenta. Através do cuidado exercemos o nosso trabalho e conferimos significado as nossas práticas.

Sales (2008), partindo de concepções heideggerianas, argumenta que *ser-no-mundo* é ser cuidadoso, e o cuidar é o estado primordial do ser, no seu empenho em adquirir autenticidade. A autora afirma que o zelo e a dedicação a algo ou alguém são a forma autêntica de se viver no mundo. Ao não dar e/ou receber cuidado, desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, perde o sentido e morre.

Desta forma, o cuidado deve ser entendido como estruturador da essência humana e há de estar presente em tudo. “O cuidado é, portanto, o primeiro gesto da existência, o horizonte da transcendência, capaz de ir além de sua própria existência” (SALES, 2008, p. 566).

Ao longo da minha trajetória acadêmica, enquanto graduanda de enfermagem de uma das maiores universidades públicas do sul do Brasil, passei por diversas experiências e aprendizados sobre o cuidar, o cuidado, onde cuidar, como cuidar, quem cuidar. No entanto, em sala de aula, o debate estava voltado primordialmente para um determinado conjunto de espaços e formas de exercer o cuidado. Tal orientação acabava por oferecer subsídios limitados para algumas de nossas experiências práticas, uma vez que pessoas com múltiplas especificidades sociais, econômicas e culturais chegam até nós. Em nenhum momento do curso discutimos as necessidades e a realidade da População em Situação de Rua (PSR), gerando uma série de dúvidas e equívocos quando nos deparávamos com pacientes pertencentes a este grupo.

A falta de subsídios na academia e nos serviços de saúde para trabalhar com a PSR faz com que os trabalhadores da área da saúde, em geral, não implementem as políticas públicas vigentes, ora por ignorá-las, ora por reproduzirem um sistema que carrega consigo estigmas e preconceitos. De acordo com Ronzani (2014), o estigma é uma construção social que representa uma marca, a qual atribui ao seu portador um status desvalorizado em relação a outros membros da sociedade. A estigmatização ocorre quando as pessoas são identificadas através de uma característica supostamente indesejável que possuem e passam a ser discriminadas e desvalorizadas, culminando na prestação de um atendimento inadequado e gerando graves consequências para a saúde dessa população.

Estima-se que, atualmente no Brasil, existam cinquenta mil pessoas vivendo em situação de rua, treze mil apenas no Estado de São Paulo (BRASIL, 2013). No município de Porto Alegre, a estimativa é de quase quatro mil pessoas utilizando as ruas como moradia (UFRGSTV, 2014). Levando em conta o tamanho da população que se encontra em situação de rua, é necessário rever o conteúdo programático das disciplinas, a fim de que as mesmas se adequem às normativas que regulamentam o ensino em enfermagem no Brasil, dando conta das múltiplas realidades dos diferentes grupos populacionais.

A Portaria nº 940, que regulamenta o Cartão Nacional de Saúde (BRASIL, 2011), estipula que os ciganos, os nômades e os moradores de rua não estão incluídos na exigência de apresentar comprovante de residência e devem ser atendidos em qualquer unidade de saúde. Em prática de estágio, observei que muitos trabalhadores da Atenção Básica não atendem essa população nos serviços em que atuam, alegando justamente a falta do comprovante.

No hospital, também percebi que os trabalhadores não têm os conhecimentos técnicos necessários para prestar um atendimento de qualidade e não demonstram empatia com estas pessoas. O hospital, nesse sentido, se coloca como mais um espaço de reprodução de estigmas e violências e deve repensar também seu modelo de gestão e atenção. De acordo com Cecílio (1997):

A rede básica de serviços de saúde não tem conseguido se tornar a “porta de entrada” mais importante para o sistema de saúde. A “porta de entrada” principal continua sendo os hospitais, públicos ou privados, através dos seus serviços de urgência/emergência e dos seus ambulatorios (p. 471).

Portanto, é importante que este tema seja debatido nos currículos de enfermagem, para que os estudantes e trabalhadores possam chegar aos serviços conhecendo a diversidade de características de todos os grupos populacionais que a eles recorrem. Assim, podem ser assegurados os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de integralidade, universalidade, equidade, descentralização e participação social, preconizados pela Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990) bem como se garante o acesso à saúde como direito fundamental de toda a população, tal como prevê a Constituição Federal vigente (BRASIL, 1988).

### ***Relatos de uma sobrevivente: narrativas e sensações pessoais***

Para a realização deste artigo, foi utilizada a metodologia do relato de experiência, que permite, por meio de narrativas pessoais, expor interrogações, apreciações e argumentos elaborados a partir da troca de saberes fundamentada em vivências únicas e ao

mesmo tempo compartilhadas (OLIVEIRA, 2009). O termo narrativa (HOUAISS, 2001, p. 378) é definido como: “história, conto, narração, o por fim, modo de narrar”. A palavra narrativa deriva do verbo narrar, que remete ao ato de contar, relatar, expor um fato, uma história (BRAGIO, 2014).

O relato de experiência, fruto desta pesquisa, foi escrito a partir dos diários de campo e relatórios de estágio que elaborei durante minhas vivências em projetos de extensão e estágios curriculares e extracurriculares. O artigo consiste numa das partes que compõem o meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do curso de graduação em enfermagem de uma universidade pública do sul do Brasil.

### *O dia em que o Restaurante Universitário se transformou em Restaurante Popular*

A minha aproximação com o tema aconteceu em novembro de 2013 em um Seminário intitulado “Direito à Cidade: a efetivação das políticas públicas para a população em situação de rua”. Fiquei muito motivada a participar assim que soube, por abordar um tema tão relevante, no meu ponto de vista, nos processos de saúde e doença, e por visibilizar uma população pouco assistida e nada debatida dentro da academia.

No dia do Seminário, que aconteceu em um auditório da própria universidade, choveu muito, o que causou certo transtorno na chegada das pessoas ao local e atrasou o início da primeira mesa. O evento começou pela manhã e foi muito interessante me acercar daquele tema tão distante até então na minha formação.

Descobri naquele dia que existia um grupo organizado que lutava pela garantia dos direitos da PSR, o Movimento Nacional de População de Rua (MNPR). Através da fala de alguns componentes do MNPR que compunham a mesa e das intervenções do público presente, fui aprendendo sobre os direitos e as políticas públicas existentes para a PSR. Ao meio dia, fomos almoçar no Restaurante Universitário (RU), que fica próximo ao auditório. A organização do evento distribuiu almoços entre a PSR que participava do encontro. O RU, nas suas refeições diárias, atende apenas os estudantes, servidores e professores da universidade.

Logo na chegada foi marcante para mim os olhares e a postura corporal dos estudantes que estavam na fila para ingressar no restaurante. Nitidamente, a presença de pessoas em situação de rua gerou um desconforto e espanto nas pessoas que cotidianamente fazem suas refeições naquele espaço. O RU que estávamos é considerado pelos alunos da universidade que debatem o perfil dos estudantes como o mais elitizado, por receber alunos dos cursos da saúde majoritariamente, e dentre eles, estudantes de medicina e odontologia, dois cursos historicamente frequentados pela elite brasileira.

Achei muito importante para a minha formação de enfermeira essa troca de saberes e a possibilidade da PSR estar dentro da universidade. Foi a partir desse encontro que surgiu minha motivação para aprender mais sobre esse grupo e aprofundar meu conhecimento nas questões de saúde das pessoas que habitam as ruas.

### *O “segundo parto” das mulheres em situação de rua*

Em janeiro de 2014, dois meses após ter vivido a experiência do Seminário, iniciei o trabalho como estagiária em um hospital escola, exercendo funções administrativas e assistenciais de enfermagem na Unidade de Internação Obstétrica (UIO), também conhecida como Alojamento Conjunto (AC) e popularmente chamada de Maternidade. A unidade possui 44 leitos, organizados em cinco enfermarias de seis leitos cada, seis quartos semiprivativos e dois quartos privativos. Durante os seis meses que estive na unidade pude acompanhar algumas mulheres que se encontravam em situação de rua naquele momento e seus recém-nascidos (RN). O hospital está localizado em um bairro próximo à região central da cidade, onde reside a maior parte das pessoas em situação de rua.

Chamou minha atenção que em todos os casos de mulheres que se identificavam como moradoras de rua, já na passagem de plantão<sup>3</sup>, a equipe tinha grande dificuldade em lidar com essa população, e reproduzia uma série de estigmas e preconceitos contra elas, a

---

<sup>3</sup>Momento em que a equipe de enfermagem se reúne para transmissão de informações, de forma sistematizada. A equipe que está acabando seu turno de trabalho repassa às colegas que estão iniciando o turno as informações mais relevantes sobre cada paciente internada naquele dia, bem como as intercorrências ocorridas no período. Também se dá a divisão dos leitos entre as enfermeiras.

ponto de com o decorrer do tempo e com a minha demonstração em querer cuidar dessas mulheres e bebês, já automaticamente elas eram atribuídas a minha escala.

Para mim era um desafio à parte assistir essas mulheres e seus bebês, porque além dos cuidados de saúde de rotina na unidade, elas requeriam uma série de outros cuidados, que afetavam diretamente sua saúde, como alimentação e moradia. Não só me sentia desamparada para conseguir orientá-las de acordo com as suas realidades, como sentia muita falta de uma formação fundamentada no debate com outros setores e profissões, pois entendia muito pouco sobre as leis e direitos que poderiam auxiliá-las e que influenciam diretamente na sua saúde.

Também percebi que a enfermagem, ao receber uma paciente identificada nesta situação, imediatamente acionava o serviço de assistência social e de psicologia, antes mesmo de conversar com a usuária e identificar suas necessidades. Eu entendia essa ação como uma maneira de atribuir a outros profissionais o cuidado que supostamente estas mulheres e seus bebês precisavam, não realizando a escuta qualificada e o cuidado integral, uma das atribuições do trabalho em enfermagem.

Sabemos que a PSR é um grupo heterogêneo e transitório. Muitas vezes, as pessoas que estão em situação de rua, conseguem se organizar para passar um tempo na casa de algum parente ou amigo, ou mesmo, através de algum benefício como o Aluguel Social, alugar um espaço como moradia. Supor que a mulher que se identifica como moradora de rua vai voltar para “as calçadas” imediatamente após a alta hospitalar é ignorar a potência de autocuidado e organização que os indivíduos tem e que deve ser, ao contrário, estimulada. Propor ações em conjunto com a usuária e articular com a Rede Básica, entendendo o papel da enfermagem hospitalar, para além da técnica, procedimento e gerenciamento da unidade, é de suma importância para exercer a resolutividade das demandas das pacientes internadas. Além disso, promover educação em saúde é tarefa essencial de qualquer enfermeira, onde quer que ela atue.

### *Universidade na Rua ou a Rua na Universidade?*

Minha aproximação com o Projeto de Extensão Universidade na Rua foi através do convite de uma professora. As reuniões dos bolsistas e professores acontecem todas as segundas-feiras, no fim de tarde.

Na primeira reunião que participei, uma das pautas foi o Projeto Cultural “A Rua dentro da Universidade”. Tal projeto consistia em um encontro semanal, nas quartas-feiras, no campus central da universidade, de um grupo de bolsistas e de alguns moradores de rua, com o objetivo de fomentar a “cultura da rua”, através da música e de outras formas de arte. A ideia inicial era formar um grupo de samba para se apresentar no pátio da universidade e promover a interação social da comunidade acadêmica, sobretudo dos estudantes, com os moradores de rua. Também tinha como objetivo incentivar a geração de renda da PSR, através da “passagem do chapéu” (utilizado por artistas em apresentações na rua) e da venda do jornal Boca de Rua. O Boca de Rua é uma publicação confeccionada e vendida por moradores de rua. Os textos, as fotos e as ilustrações são produzidas semanalmente através de oficinas. Constitui uma fonte de renda e midiaticização da situação da população que vive nas ruas. No mês de novembro de 2015 o preço sugerido do jornal foi de dois reais.

Ao entender que saúde também se faz com arte e ansiosa por me inserir em alguma atividade do Projeto, demonstrei interesse e fiquei com a tarefa de realizar o levantamento dos instrumentos necessários para a roda de samba e intervenções musicais, e solicitar orçamentos às lojas e distribuidoras especializadas. Para tanto, utilizei o pouco de conhecimento musical que possuo, a partir das minhas vivências em coletivos de música da cidade e da minha experiência como percussionista. Entendendo que deveria também consultar o pessoal em situação de rua que participaria dessas intervenções para conjuntamente realizarmos a tarefa, busquei contato com dois rapazes que se mostraram interessados na atividade.

A partir de então comecei a enfrentar alguns desafios e adversidades, pois não conseguia contato com nenhum deles. Busquei nos locais onde eles costumavam ficar e não os encontrava. Resolvi então, para agilizar o processo, fazer o levantamento, junto com

outro colega do grupo. Elaboramos a lista de instrumentos e equipamentos e solicitamos três orçamentos. Infelizmente, a longa espera e a dificuldade para obter financiamento para este projeto, nos obrigou a protelar a ideia e a nos focar em outras ações possíveis.

***EPA – Escola Porto Alegre resiste!***

Feliz daquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.  
Cora Coralina

A Escola Municipal Porto Alegre (EPA) foi criada pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre com o objetivo de cumprir o estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), referente a proporcionar o direito à educação às crianças e adolescentes que vivem nas ruas, socialmente excluídos da escolarização formal.

Em 30 de agosto de 1995, a EPA foi inaugurada e implantou sua primeira proposta político-pedagógica que com base no diagnóstico realizado nas ruas desde o início de 1994, estabeleceu eixos temáticos como fios condutores do currículo escolar. Organiza-se, atualmente, em dois núcleos. O Núcleo de Educação Ambiental tem o trabalho permanente de reciclagem de papel, cartonagem com papel reciclado, cerâmica e jardinagem. O Núcleo de Comunicação e Cultura oferece cursos e oficinas culturais e esportivas realizados em parceria com outras instituições (como de rádio, cinema, vídeo, teatro, circo, HQ, Hip-Hop, capoeira, entre outros).

A EPA especializou-se no atendimento de jovens em situação de vulnerabilidade social, fazendo parte da Educação de Jovens e Adultos (EJA) e atendendo jovens a partir dos 15 anos de idade para o acesso ao Ensino Fundamental completo desde 2009 (PORTO ALEGRE, 2015a).

Nas quintas-feiras à tarde, acontecem oficinas na EPA. Tive oportunidade de ministrar algumas aulas sobre saúde, como bolsista do Projeto Universidade na Rua. O objetivo da oficina de saúde é formar promotores populares em saúde que possam disseminar os conteúdos trabalhados entre a PSR. Os temas eram escolhidos a partir dos assuntos que surgiam espontaneamente entre os alunos e de suas próprias solicitações. Durante três meses conversamos sobre saúde reprodutiva e sexual, primeiros socorros, redução de danos, doenças respiratórias, doenças de pele e saúde mental.

O ambiente de sala de aula foi um desafio à parte nesses encontros. Apesar das oficinas serem um pouco diferenciadas da grade de disciplinas, os alunos tinham o hábito de ficarem sentados atrás das classes, de frente ao quadro negro. Sempre me apresentava pelo meu primeiro nome e como estudante de enfermagem, mas na maioria das vezes era chamada de professora e algumas vezes de enfermeira.

Percebi que no início, ao solicitar que sentássemos em roda, tirando a classe da frente da cadeira, os alunos acharam estranho e acabavam, alguns, timidamente acatando o pedido e outros, mantendo-se no mesmo lugar. Eu não utilizava o quadro negro, exceto para às vezes escrever algo muito pontual. Aquilo, eu percebia, também causava certo estranhamento por parte dos alunos.

O ritmo da sala de aula na EPA é um pouco diferente das escolas tradicionais e para mim foi um grande desafio me adaptar a um espaço que não é habitual para uma estudante da área da saúde e menos ainda dentro da pedagogia proposta pela escola. Eu sempre saía das oficinas com a sensação de que tinha aprendido muito mais do que ensinado e de que havia muitos desafios e temas para serem desenvolvidos. Foi muito interessante ter vivido essa experiência, pois me fazia pensar e refletir sobre diversas questões relacionadas ao ensino e prática de enfermagem.

*No “trecho”: vivenciando a realidade*

Quem perde seus bens perde muito; quem perde um amigo perde mais;  
mas quem perde a coragem perde tudo.  
Dom Quixote - Cervantes

No dia 23 de junho de 2015, aconteceu o Seminário “Situação da População de Rua em Porto Alegre: avanços e desafios – remoções e o novo plano de Atenção à População de Rua”, promovido pela Comissão de Direitos Humanos e do Consumidor (Cedecondh) da Câmara dos Vereadores.

Solicitamos ônibus da universidade e combinamos de buscar a PSR em albergues e abrigos da cidade, para levá-los até a Câmara. Eu e um colega ficamos responsáveis por esperar o ônibus em frente ao Albergue Felipe Diehl. Chegamos ao local perto das 7h, horário que os moradores saem da instituição. O Albergue Felipe Diehl situa-se no bairro

Navegantes e atende 145 usuários por noite. A pessoa que quiser pernoitar no local deve chegar até às 19h para ingresso e retirar-se às 7h, após o café. Além do espaço para dormir, o albergue oferece cuidados de higiene e alimentação.

Quando chegamos ao local, percebemos que não havia ninguém nos esperando, conforme havia sido previamente combinado com o MNPR. Esperamos o ônibus e ele não apareceu e não conseguíamos contatar o motorista. Por volta das 8h, descobrimos que o ônibus já havia passado no albergue e levado os interessados até a Câmara.

Decidimos caminhar até o Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (CENTROPOP), localizado na Avenida Voluntários da Pátria, para convidar as pessoas que ali estivessem para participarem do Seminário e irem junto conosco até lá. O município conta com dois CENTROPOP, que atendem 220 pessoas por dia. Promovem atendimento social com equipe multidisciplinar para adultos, idosos e famílias em situação de rua, de forma individualizada e coletiva. Sua criação se deu a partir da Política Nacional para População em Situação de Rua no âmbito da proteção social especial do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

O POP II fica aberto todos os dias, durante a semana das 7h às 19h, e finais de semana das 8h às 16h. O trecho que caminhamos nesse dia é percorrido pela PSR que frequenta os dois serviços. Diariamente, vários moradores de rua saem do Felipe Diehl e se deslocam até o POP II para passar o dia e participar das atividades oferecidas. Na manhã do Seminário, estava chuvoso e frio, e tivemos a oportunidade de vivenciar uma manhã de inverno na vida das pessoas que utilizam esses espaços de albergagem e convivência. Quando chegamos ao local, o ônibus também já tinha passado por lá e levado as pessoas interessadas.

O Seminário aconteceu durante todo o dia e foi discutido diversos temas de interesse da PSR, como a reabertura do Restaurante Popular, o Aluguel Social, a ameaça de fechamento da EPA e a abordagem violenta da polícia com os moradores de rua. Na mesa, estavam presentes autoridades de órgãos do governo. A plateia estava cheia, com pessoas ligadas ao MNPR, moradores de rua e trabalhadores e estudantes dos serviços de atenção a PSR.

Havia uma moça com um bebê de cerca de seis meses e pude, entre aplausos e ovações, conversar com essa jovem mãe sobre a saúde dela e da sua filha. Não só pratiquei o acolhimento, como de alguma forma pude promover educação em saúde, sugerindo alguns cuidados possíveis. Na parte da tarde, outra moça, após concluir a sua fala ao microfone, sentiu-se mal e foi amparada por quem estava mais perto. Fomos com ela até a parte externa do auditório e oferecemos cuidado. Como a Câmara possui uma enfermaria, chamamos a profissional de enfermagem, que trouxe equipamentos para prestar um atendimento com mais recursos.

### ***Dia de Luta da População em Situação de Rua***

Reclamar como sempre, agir como nunca!  
Sérgio Vaz

No dia 19 de agosto é comemorado o Dia de Luta da População em Situação de Rua. A escolha da data é uma alusão ao período de 19 a 22 de agosto de 2004, quando sete pessoas foram assassinadas e oito foram feridas, enquanto dormiam na Praça da Sé, no centro de São Paulo. As investigações apontam que o ataque foi provocado por policiais, mas até hoje não houve alguma punição.

Anualmente, o MNPR promove ações para relembrar este episódio e denunciar a violência policial e por parte da sociedade cometida contra a PSR. Neste ano, devido a fortes chuvas o evento foi transferido para a semana seguinte e aconteceu no dia 26 de agosto.

Quando eu estava chegando ao Paço Municipal, onde estava acontecendo uma manifestação em frente à Prefeitura, vi que havia um grupo de pessoas em volta de uma senhora que estava caída no chão. Rapidamente me aproximei e percebi que tinha uma poça de sangue perto da sua cabeça, mas que ela estava acordada. Perguntei para as pessoas que estavam em volta o que tinha acontecido e todos muito nervosos não sabiam explicar. Estavam reclamando da demora do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que já havia sido acionado.

Tentei conversar com a senhora. Vi que ela estava conseguindo responder e se mexer um pouco, o que me tranquilizou. Cerca de dez minutos depois chegou a ambulância. A senhora foi colocada na maca e levada para dentro do carro. Como vi que ela estava sem acompanhante, resolvi ir junto com ela. Na ambulância, me apresentei à equipe como estudante de enfermagem e disse que trabalhava com pessoas em situação de rua (nesse momento, já tinha perguntado a ela onde morava e se estava participando do evento). Fomos até o Hospital de Pronto Socorro (HPS) e lá chegando, ela foi encaminhada à sala de sutura, pois estava com os lábios e o rosto cortados. Não deixaram que eu ficasse junto e me pediram que fizesse o seu boletim de atendimento e aguardasse no saguão.

Fiquei com a sua bolsa e pedi permissão para procurar algum documento e ela assentiu. Encontrei na sua bolsa uma carteira e, dentro, o Registro de Identidade. Apresentei-me como uma amiga ao funcionário, quando me perguntaram qual era a nossa relação. Depois de cerca de uma hora, ela foi liberada e, mesmo transtornada pelo ocorrido, veio diretamente a mim agradecendo por ter lhe acompanhado. Fiquei curiosa em saber como ela me reconheceu tão rápido, em meio a tanta gente, pois na ambulância me viu rapidamente. Voltamos de ônibus para o local do evento, conversando. Ela me contou um pouco da sua história. Quando chegamos ao largo, ela me disse que já voltava e não a vi mais.

### *O glorioso retorno de quem nunca esteve aqui*

Se você faz tudo sempre igual, é seguro que nunca se perca,  
mas é possível que nunca se ache.  
Sérgio Vaz

Como prática final do curso de graduação, iniciei estágio no Consultório na Rua (CR). O atendimento nesse serviço acontece por demanda espontânea, ou seja, não há marcação de consultas. As pessoas são acolhidas por qualquer trabalhador e, conforme suas necessidades, são encaminhadas para outro profissional. A equipe é composta por dois enfermeiros, dois médicos, uma assistente social, quatro técnicas de enfermagem, uma técnica em saúde bucal e uma agente comunitária de saúde. O local também é campo de

estágio para os Programas de Residência Multiprofissional, sempre havendo a presença de um ou mais residentes no serviço.

Observei que há uma demanda muito grande para a realização de curativos. Diariamente, são feitos diversos tipos de curativos, especialmente nos pés. Muitas pessoas que estão em situação de rua possuem feridas e úlceras nas pernas, de difícil tratamento e que lhes causam grandes transtornos.

Também é grande a procura para a realização de Teste Rápido de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Na unidade, são realizados testes para detectar o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), para o Vírus da Hepatite C (HCV) e para Sífilis. Os testes são feitos a partir de três gotas de sangue (uma para cada teste), obtidas com um furo de uma pequena agulha na ponta de um dedo. É colocado um reagente no display onde também se coloca o sangue e, em 15 minutos, aparece o resultado. Duas fitas sugerem resultado positivo e uma fita negativo. Antes e após o teste, independente do resultado, o usuário recebe aconselhamento e orientação quanto à prevenção e transmissão destas doenças.

Outro teste bastante procurado pelas mulheres é o Teste Rápido para detectar a gestação. Ele é feito a partir da urina coletada em um pote próprio para este fim e colocado uma fita que reage de acordo com o nível de Gonadotrofina Coriônica Humana (HCG). O teste é realizado a pedido da usuária ou quando é indicado pelo médico o uso de anticoncepcional via intramuscular, já que o mesmo não pode ser administrado quando a paciente está grávida.

É muito frequente, na população de rua da região sul do Brasil, principalmente no inverno, problemas e doenças respiratórias. As queixas são frequentes e os sintomas também. A doença mais preocupante que afeta o trato respiratório nesta população é a Tuberculose. Trata-se da infecção pelo Bacilo de Koch, uma bactéria, que pode alojar-se em diversas partes do corpo, mas costuma encontrar-se frequentemente no pulmão. A Tuberculose é transmitida pelo contato respiratório através das gotículas contaminadas pelo bacilo. A PSR está no grupo dos mais afetados pela Tuberculose e tem alto índice de abandono do tratamento. A mortalidade pela doença neste grupo também é grande, pelas

causas cruzadas, como má alimentação, infecção pelo vírus HIV e dormir na rua em dias frios (BRASIL, 2012).

Visando a redução do número de casos de Tuberculose e do abandono do tratamento na PSR, foi criado o projeto “E se essa rua fosse minha” uma parceria do Ministério da Saúde com a Secretaria Municipal de Saúde. Através da contratação de artistas de diversas áreas (música, dança, teatro e grafite) e articulados com o Movimento Nacional de População em Situação de Rua, o projeto tem como objetivos sensibilizar os trabalhadores dos serviços de saúde para o acolhimento da PSR, trabalhando temas como estigma e preconceito, além de discutir com os usuários valores como a participação, integração e resgate da cidadania, e estabelecer ferramentas de comunicação inovadoras e eficazes, construídas de forma compartilhada (PORTO ALEGRE, 2015b).

Nas terças e quintas pela manhã, os artistas permanecem na sala de espera do Consultório na Rua, desenvolvendo atividades junto com os usuários e os trabalhadores. Ao longo do estágio percebi que nos dias que os artistas estavam no CR, os usuários frequentavam mais o serviço, e muitas vezes, estavam mais calmos e sorridentes, possibilitando um maior acolhimento e vínculo durante as consultas e atendimentos. Tais intervenções servem como uma potente ferramenta em Redução de Danos, que embora praticada cotidianamente no serviço, através da escuta ativa e sensível (nem sempre sendo possível realizá-la), do acolhimento e das orientações baseadas na realidade dos usuários, os trabalhadores tem resistência em implementar essa ferramenta, pelo preconceito e associação dela com as práticas de assistência no campo do Álcool e Outras Drogas (AD).

Outro projeto muito potente que presenciei durante o meu estágio foi o proposto e executado pelas Residentes em Saúde Mental que atuavam no serviço. Nas terças-feiras, em parceria com o “E se essa rua fosse minha”, as trabalhadoras propunham na sala de espera reflexões e debates através da poesia e de outras formas de expressão. O projeto é chamado de Ciranda na Rua. São feitas colagens e produzido material onde os usuários podem expressar os seus sentimentos em relação ao mundo e a realidade em que vivem.

Foram muitas as experiências que presenciei durante meu estágio no Consultório na Rua, tendo em vista tratar-se de um serviço da Atenção Básica, que busca realizar o trabalho na perspectiva da saúde integral. A PSR tem muitas demandas de saúde, e como

sofrem discriminação nos outros serviços, acabam acessando, no âmbito da Atenção Básica, quase exclusivamente o CR. O número de usuários cadastrados tem aumentado expressivamente na medida em que o serviço vai se consolidando como um espaço de produção em saúde.

Especialmente no campo da saúde mental, há muito para avançar, pois a maioria dos profissionais não tem subsídios para trabalhar sob esta abordagem. Infelizmente, o serviço acaba colocando o enfoque na doença e atua para dar conta das queixas sob a forma de condutas que nem sempre são resolutivas. A troca constante dos trabalhadores, a falta de educação permanente e os problemas de gestão são desafios permanentes para a equipe, que faz o possível para prestar o cuidado para uma população com inúmeras demandas e que é sistematicamente marginalizada e excluída da sociedade.

*Estamos apenas começando ...*

Eu não tenho paredes. Só tenho horizontes.  
Mário Quintana

As experiências que pude vivenciar como acadêmica de enfermagem junto a População em Situação de Rua foram de grande importância para o meu futuro profissional nos diversos espaços de atuação da enfermagem, em especial na Atenção Básica e na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Foram através destas experiências que pude entender na prática o conceito ampliado de saúde como um estado de bem estar social e exercer o cuidado para além das práticas tecnicistas.

Durante toda a graduação, tive inúmeras oportunidades de aprimorar a técnica de procedimentos e rotinas que fazem parte das atribuições do trabalho em enfermagem. Da mesma forma, poucos foram os espaços de aprendizagem e prática onde pude desenvolver o olhar sobre os indivíduos e grupos populacionais, levando em conta suas reais necessidades de cuidado, visando uma saúde integral e um bem estar social.

Um grande aprendizado que tive a partir das experiências relatadas, foi entender a importância do exercício da escuta ativa e qualificada, e como esse cuidado, tão negligenciado em sala de aula, é fundamental para criar vínculos fortes e propiciar um

acolhimento significativo. A partir da escuta sensível, podemos perceber as potencialidades existentes nas pessoas e junto com elas, encontrar redes de cuidados em todos os âmbitos da vida. Não menos importante, o simples ato de escutar sem julgamentos, já é, por si só, uma ferramenta de cuidado. O usuário, após receber o acolhimento com escuta qualificada, já se sente assistido e capaz de resolver, junto com a equipe, as demandas que o trouxeram até o serviço.

Ficou evidente para mim a importância de exercitarmos novas técnicas e ampliarmos os saberes em saúde, através da articulação com outras áreas de conhecimento. O isolamento dos currículos e dos cursos universitários, acaba por desfavorecer o diálogo entre os estudantes dos diferentes campos do saber, o que mais tarde, implica no enrijecimento das equipes multiprofissionais. No mundo do trabalho, é fundamental que se invista em educação permanente para os trabalhadores e momentos de pausa e reflexão das suas condutas e práticas.

É necessária uma formação que se proponha a ser mais abrangente e complexa, que possa capacitar os futuros profissionais a dialogarem com os diferentes grupos populacionais. Em se tratando do atendimento da PSR, que vive uma situação de exclusão e estigma, e que precisa ainda mais de acolhimento e empatia por parte dos trabalhadores, é fundamental que se interaja com as expectativas próprias do grupo, que carrega potencialidades e estratégias autônomas para o cuidado de sua saúde. Podendo desta forma, identificar suas reais necessidades, de modo a promover o diálogo e a corresponsabilização e conseguindo planejar estratégias e dispositivos mais apropriadas e eficazes objetivando a integralidade do cuidado.

### *Referências*

- BRAGIO, Jaqueline. **O sentido de ser educador das/nas brinquedotecas do Hospital Infantil de Vitória/ES: um estudo a partir dos conceitos de “experiência”, “narrativa” e “cuidado”**. 2014. 141 fl. Dissertação (Mestrado em Educação) Centro de Educação da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2014.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União, Brasília, DF, 05 out 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 5 maio 2015.
- BRASIL. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set 1990**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 5 maio 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 940 de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). **Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 abr 2011**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940\\_28\\_04\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html)>. Acesso em: 5 maio 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da População em Situação de Rua: uma questão de equidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/saude\\_populacao\\_situacao\\_ rua.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/saude_populacao_situacao_ rua.pdf)>. Acesso em: 5 maio 2015.
- CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada**. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 13(3):469-478, jul-set, 1997.
- HOUAISS, Antônio. **Minidicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- OLIVEIRA, Francine. A narrativa e a experiência em Walter Benjamin. In: **Anais do 8º Congresso Lusocom**. Universidade do Minho, Braga, 2009. Disponível em: <<http://conferencias.ulusofona.pt/index.php/lusocom/8lusocom09/paper/viewFile/61/>>. Acesso em: 5 maio 2015.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Educação. **EMEF Porto Alegre**. Disponível em: <<http://websmed.portoalegre.rs.gov.br/escolas/epa/historia.html>>. Acesso em 10 Nov 2015a.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **E Se essa Rua Fosse Minha?** Disponível em: <<http://www.tuberculosepoa.com.br/>>. Acesso em 16 Nov 2015b.

RONZANI, Telmo Mota; NOTO, Ana Regina; SILVEIRA, Pollyanna; CASELA, Ana Luísa Marlière. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014.

SALES, Catarina Aparecida. O Ser-no-mundo e o cuidado humano: concepções heideggerianas. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2008 out/dez; 16(4):563-8. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a18.pdf>> Acesso em: 05 nov 2015.

UFRGSTV. **Conhecendo a UFRGS: Universidade na Rua**: 2014. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=dF0UvjmgibA>>. Acesso em: 05 maio 2015.

## 5 ANEXO

### Normas da Revista Psicologia e Sociedade

#### Diretrizes para o autor

Somente serão consideradas as submissões encaminhadas através do sistema SciELO

Submission: [www.scielo.br/psoc](http://www.scielo.br/psoc)

É uma condição para publicação do manuscrito submetido a este periódico que o mesmo não seja simultaneamente submetido ou publicado em outro lugar.

#### DIRETRIZES GERAIS

O processo editorial só terá início se o encaminhamento do manuscrito obedecer às orientações estabelecidas neste documento. Caso contrário, será devolvido para adequação às diretrizes da revista.

1) A revista Psicologia & Sociedade adota, com algumas adaptações, as normas de publicação da APA: "Publication Manual of the American Psychological Association (6a edição, 2010)". A omissão de informação no detalhamento que se segue implica que prevalece a orientação da APA. Como alternativa à consulta ao original desse manual, sugerimos o Tutorial de referências bibliográficas estilo APA 6a.ed. (<http://issuu.com/bibliotecasua/docs/manualestiloapa6ed>).

2) Os documentos para submissão deverão estar em formato Rich text (rtf) e não exceder o número máximo de páginas indicado para cada categoria, conforme descrito a seguir (incluindo Resumo, Abstract, Figuras, Tabelas e Referências, além do corpo do texto):

Relatos de pesquisa, estudos teóricos, revisões críticas de literatura (15-25 páginas): relatos de alta qualidade de pesquisas originais, baseadas em investigações sistemáticas e completas, devem propor a análise de conceitos, levando ao questionamento de modelos existentes à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas. Também serão aceitos artigos teóricos ou de revisão com análise crítica e oportuna de um corpo abrangente de investigação, relativa a assuntos de interesse para o desenvolvimento da Psicologia Social.

Resenhas de livros (3-10 páginas): revisão crítica de obras nacionais (publicadas há até dois anos) ou estrangeiras (publicadas há até cinco anos), orientando o leitor quanto a suas características, usos potenciais e contribuições para o campo da Psicologia Social.

Entrevistas (15-25 páginas): entrevistas realizadas com autores, autoridades reconhecidas no campo acadêmico e outras personalidades que contribuam para o debate da psicologia social. As entrevistas devem conter o(s) nome(s) do(s) entrevistado(s) e entrevistador(es) e uma apresentação de no máximo uma página. Pede-se também que seja enviada a autorização digitalizada do(s) entrevistado(s), concordando com a publicação do material.

Traduções (15-25 páginas): traduções de artigos, ensaios e entrevistas relevantes e indisponíveis em língua portuguesa. As colaborações enviadas devem apresentar título, nome(s) do(s) autor(es) e do(s) tradutor(es). E devem ainda ser acompanhadas de cópia digitalizada do original utilizado na tradução, bem como da autorização digitalizada (do editor e/ou do autor) para publicação.

Relatos de experiência profissional (10-15 páginas): descrição de procedimentos e estratégias, ou estudos de caso que apresentem real contribuição acadêmica.

Notas técnicas (até 10 páginas): descrição de novos métodos, instrumentos, softwares ou técnicas.

3) É fundamental que o material não contenha qualquer forma de identificação da autoria, o que inclui referência a trabalhos anteriores do(s) autor(es), menção a instituições a que estejam vinculados, detalhes de método que possibilitem a identificação/localização da origem, bem como informações contidas nos campos das propriedades do documento (para retirar informações do autor das propriedades do documento, procure em “Arquivo” -> “Propriedades” - para versões anteriores ao Microsoft Office 2007, e “Arquivo” -> “Preparar” -> “Propriedades” para Microsoft Office 2007).

Os autores que tiverem suas submissões aceitas para publicação terão oportunidade, durante a revisão final, de incluir dados necessários.

4) Os metadados da submissão devem ser preenchidos de forma correta e completa

5) Os textos originais deverão ser submetidos via internet mediante cadastro do autor no sítio da revista ([www.scielo.br/psoc](http://www.scielo.br/psoc)).

## PREPARAÇÃO DOS MANUSCRITOS

### 1) DIRETRIZES DE FORMATAÇÃO

A. O manuscrito, sendo um artigo, ao todo não deve passar de 25 páginas, desde o Resumo até as Referências, incluindo as Tabelas, Figuras e Anexos, em formato A4, devendo ser paginado

desde o Resumo, que receberá número de página 1.

B. Fonte: Times New Roman, tamanho 12, ao longo de todo o texto, incluindo referências, notas, tabelas, etc.

C. Margens: 2,5 cm em todos os lados (superior, inferior, esquerda e direita).

D. Espaçamento: espaço duplo ao longo de todo o manuscrito, incluindo Folha de Rosto, Resumo, Corpo do Texto, Referências, Anexos, etc.

E. Alinhamento: esquerda

F. Recuo da primeira linha do parágrafo: tab = 1,25cm

G. Numeração das páginas: no canto superior direito.

H. Endereços da Internet: Todos os endereços "URL" (links para a internet) no texto (ex.: <http://pkp.sfu.ca>) deverão estar ativos e levar diretamente ao documento citado.

## 2) ELEMENTOS DO MANUSCRITO

Os elementos do manuscrito devem ser apresentados na seguinte ordem: Folha de rosto com título e sem identificação, Resumo e Abstract, Corpo do Texto, Notas, Referências, Anexos, Tabelas e Figuras. Inicie cada um deles em uma nova página.

A. Folha de rosto sem identificação: Título original (máximo 10 palavras) e título compatível em inglês. Sem identificação de autoria.

B. Resumos em português e inglês: Parágrafos com no máximo 150 palavras com o título. Resumo escrito na primeira linha abaixo do cabeçalho. Ao fim do resumo, listar pelo menos três e no máximo cinco palavras-chave em português (em letras minúsculas e separadas por ponto e vírgula). O resumo em inglês (Abstract) deve ser fiel ao resumo em português, porém, não uma tradução "literal" do mesmo. Ou seja, a tradução deve preservar o conteúdo do resumo, mas também adaptar-se ao estilo gramatical inglês. *Psicologia & Sociedade* tem, como procedimento padrão, fazer a revisão final do abstract, reservando-se o direito de corrigi-lo, se necessário. Esse é um item muito importante de seu trabalho, pois em caso de publicação estará disponível em todos os indexadores da revista. O Abstract deve ser seguido das keywords (versão em inglês das palavras-chave). Sugere-se utilizar palavras-chave derivadas da terminologia em Psicologia da

BVSPsi ou Thesaurus do Psycinfo. No caso de submissão de resenhas de livros, entrevistas e notas técnicas, o resumo não é necessário.

C. Corpo do Texto: Não é necessário colocar título do manuscrito nessa página. As subseções do corpo do texto não começam cada uma em uma nova página e seus títulos devem estar centralizados, e ter somente a primeira letra maiúscula (por exemplo, , Método e discussão, em artigos empíricos). Os subtítulos das subseções devem estar em itálico e ter a primeira letra maiúscula (por exemplo, os subtítulos da subseção Método: Participantes, ou Análise dos dados). Títulos e subtítulos não devem ser acompanhados de ponto final. Caso haja subdivisões no texto, recomenda-se no máximo três níveis de intertítulos.

As palavras Figura, Tabela, Anexo que aparecerem no texto devem ser escritas com a primeira letra em maiúscula e acompanhadas do número (Figuras e Tabelas) ou letra (Anexos) ao qual se referem. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto. Expressões como "a Tabela acima" ou "a Figura abaixo" não devem ser utilizadas, pois no processo de diagramação a localização das mesmas pode ser alterada. As normas não incluem as denominações Quadros ou Gráficos.

Sublinhados, Itálicos e Negritos: Use itálico para palavras ou expressões que constituam "estrangeirismos", como self, locus, etc. e sublinhado para outras palavras que deseje grifar. Reserve negritos para os títulos.

Dê sempre crédito aos autores. Todos os nomes de autores/instituições cujos trabalhos forem citados devem ser seguidos da data de publicação. Todos os estudos citados no texto devem ser listados na seção de Referências ou em Notas, se não foram publicados.

Exemplos de citações no corpo do manuscrito:

Os exemplos abaixo auxiliam na organização de seu manuscrito, mas certamente não esgotam as possibilidades de citação em seu trabalho. Utilize o Publication Manual of the American Psychological Association (2010, 6ª edição) para verificar as normas para outras referências.

#### 1. Citação de artigo de autoria múltipla

a) Artigo com dois autores: cite os dois nomes sempre que o artigo for referido.

b) Artigo com três a cinco autores: cite todos os autores na primeira referência; da segunda referência em diante utilize sobrenome do primeiro autor seguido de "et al." e da data, caso seja a primeira citação no parágrafo.

c) Artigo com seis ou mais autores: cite apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido de "et al." e da data. Porém, na seção de Referências, todos os nomes dos autores deverão ser relacionados.

## 2. Citações de obras antigas e reeditadas

Utilize o seguinte formato: Autor (data de publicação original / data de publicação consultada).

## 3. Citação secundária

Trata-se da citação de um artigo discutido em outra publicação consultada, sem que o original tenha sido utilizado. Por exemplo: "Piaget (1932, citado por Flavell, 1996) ...". Na seção de referências, citar apenas a obra consultada (no caso, Flavell, 1996).

NOTA: Citações com menos de 40 palavras devem ser incorporadas no parágrafo do texto, entre aspas. Citações com mais de 40 palavras devem aparecer sem aspas em um parágrafo no formato de bloco, recuado 1,25cm da margem esquerda. Citações com mais de 500 palavras, reprodução de uma ou mais figuras, tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita do detentor dos direitos autorais do trabalho original para a reprodução. A permissão deve ser endereçada ao autor do trabalho submetido. Os direitos obtidos secundariamente não serão repassados em nenhuma circunstância. A citação direta deve ser exata, mesmo se houver erros no original. Se isso acontecer e correr o risco de confundir o leitor, acrescente a palavra [sic], sublinhada e entre colchetes, logo após o erro. Omissão de trechos de uma fonte original deve ser indicada por três pontos (...). A inserção de material, tal como comentários ou observações, deve ser feita entre colchetes. A ênfase numa ou mais palavras deve ser feita com fonte sublinhada, seguida de [grifo nosso].

Atenção: Não use os termos apud, op. cit, id. ibidem, e outros. Eles não fazem parte das normas da APA.

Abreviações em Latim: Use as seguintes abreviações de Latim apenas em texto entre parênteses; em texto sem parênteses, use a tradução em português destes termos: cf. = compare; i.e. = isto é; e.g. = por exemplo; viz. = ou seja; etc. = e assim por diante; vs. = versus, contra.

D. Notas: Devem ser evitadas sempre que possível. No entanto, se não houver outra possibilidade, devem ser indicadas no texto por algarismos arábicos sobrescritos e apresentadas imediatamente após o Corpo do texto. Recue a primeira linha de cada nota de rodapé em 1,25cm.

E. Referências: Inicie uma nova página para a seção de Referências, com este título centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Apenas as obras mencionadas no texto devem aparecer nesta seção.

Não deixe um espaço extra entre as citações. As referências devem ser citadas em ordem alfabética pelo sobrenome dos autores, de acordo com as normas da APA e formatação indicada nos exemplos abaixo. Utilize o *Publication Manual of the American Psychological Association* (2010, 6ª edição) para verificar as normas não mencionadas aqui.

Em casos de referência a múltiplos estudos do mesmo autor, utilize ordem cronológica, ou seja, do estudo mais antigo ao mais recente desse autor. Nomes de autores não devem ser substituídos por travessões ou traços.

Trabalhos apresentados em congresso, mas não publicados não devem constar nas Referências, apenas como Notas.

Exemplos de referências:

1. Artigo de revista científica

Bosa, C. A. & Piccinini, C. A. (1996). Comportamentos interativos em crianças com temperamento fácil e difícil. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 9, 337-352.

2. Artigo de revista científica paginada por fascículo

Hüning, S. M. & Guareschi, N. M. F. (2005). O que estamos construindo: especialidades ou especialismos? *Psicologia & Sociedade*, 17(1), 89-92.

3. Artigo de revista científica no prelo

Indicar, no lugar da data, que o artigo está no prelo. Incluir o nome do periódico sublinhado após o título do artigo. Não referir data e números do volume, fascículo ou páginas até que o artigo seja publicado. No texto, citar o artigo indicando que está no prelo.

4. Livros

Silva, R. N. (2005). *A invenção da psicologia social*. Petrópolis, RJ: Vozes.

5. Capítulo de livro

Maraschin, C. (2005). Redes de conversação como operadores de mudanças estruturais na convivência. In N. M. C. Pellanda, E. T. M. Schlünzen, & K. Schlüzen Jr. (Orgs.), *Inclusão digital: tecendo redes afetivas/cognitivas* (pp. 135-143). Rio de Janeiro: DP & A.

6. Trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em anais

Todorov, J. C., Souza, D. G., & Bori, C. M. (1992). Escolha e decisão: A teoria da maximização momentânea [Resumo]. In *Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), Resumos de comunicações científicas, XXII Reunião Anual de Psicologia* (p. 66). Ribeirão Preto: SBP.

#### 7. Teses ou dissertações

Dal Molim, F. (2002). Autopoiese e sociedade: a rede integrada de serviços da Restinga na teoria dos sistemas vivos. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

#### 8. Obra antiga e reeditada em data muito posterior

Castel, R. (2001). As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário (I. D. Poleti, Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes. (Original publicado em 1995)

#### 9. Autoria institucional

American Psychological Association. (1994). Publication manual (4<sup>a</sup> ed.). Washington, DC: Author.

#### 10. Comunicação pessoal

Pode ser carta, mensagem eletrônica, conversa telefônica ou pessoal. Cite apenas no texto, dando as iniciais e o sobrenome do emissor e a data. Não inclua nas referências.

F. Anexos: Evite. Somente devem ser incluídos se contiverem informações consideradas indispensáveis. Os Anexos devem ser apresentados cada um em uma nova página. Os Anexos devem ser indicados no texto e apresentados no final do manuscrito, identificados pelas letras do alfabeto em maiúsculas (A, B, C, e assim por diante), se forem mais de um.

G. Tabelas: Devem ser elaboradas em Rich text format (.rtf) ou Excel. Cada tabela começa em uma página separada. A palavra Tabela é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo do cabeçalho e seguida do número correspondente à tabela. Digite o título da tabela à esquerda, em itálico e sem ponto final. Apenas a primeira letra do título e nomes próprios devem estar em maiúsculas.

H. Figuras: Devem ser do tipo de arquivo JPG e apresentadas em uma nova página. Não devem exceder 15 cm de largura por 20cm de comprimento. A palavra Figura é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo do cabeçalho e seguida do número correspondente à figura. Digite o título da figura à esquerda, em itálico e sem ponto final. Apenas a primeira letra do título e nomes próprios devem estar em maiúsculas.

Diretrizes para submissão (Todos os itens obrigatórios)

- Estou ciente de que somente as submissões encaminhadas através do sítio principal do

periódico, no Portal SciELO ([www.scielo.br/psoc](http://www.scielo.br/psoc)), seguirão em processo editorial.

- A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; não sendo o caso, justificar no campo destinado a "Comentários ao editor", no SciELO Submission.
- Os arquivos para submissão estão em formato Rich text (.rtf).
- Todos os endereços "URL" no texto (ex.: <http://pkp.sfu.ca>) estão ativos e levam diretamente ao documento citado.
- O texto está em espaço duplo, em fonte tipo Times New Roman, tamanho 12, com parágrafos alinhados à esquerda, com tabelas e figuras ao final do corpo do manuscrito, após as referências, com sinalização no corpo do texto indicando onde devem ser inseridos. O manuscrito, sendo um artigo, não excede 25 páginas em tamanho A4 (21 x 29,7cm), com todas as margens igual a 2,5 cm.
- O texto segue os requisitos de formatação da revista segundo as Diretrizes para o Autor, encontradas na seção "Sobre" a revista. O manuscrito está de acordo com as normas técnicas da American Psychological Association: Publication Manual of the American Psychological Association e adaptações adotadas por esse periódico.
- O nome do autor - ou quaisquer indicadores da autoria - foram removidos das "Propriedades do documento" e de qualquer outra parte do manuscrito.
- Os metadados foram preenchidos de forma correta e completa.
- Estou ciente de que o descumprimento de qualquer um desses itens é suficiente para a recusa inicial do material e, ainda, de que manuscritos recusados duas vezes por inadequação a esses itens não serão novamente recebidos.
- Estou ciente de que a previsão de publicação de artigos nacionais pode ser de até 2 anos.