



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Médicas

Bianca Nogueira da Silva Barros Souza

**Desafios na implementação de políticas públicas em saúde para população
em situação de rua**

Rio de Janeiro

2023

Bianca Nogueira da Silva Barros Souza

Desafios na implementação de políticas públicas em saúde para população em situação de rua

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dra. Eloisa Grossman

Coorientadora: Prof.^a Dra. Ana Cláudia Santos Chazan

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB-A

S729 Souza, Bianca Nogueira da Silva Barros.
Desafios na implementação de políticas públicas em saúde para população em situação de rua / Bianca Nogueira da Silva Barros Souza – 2023.
134 f.

Orientadora: Prof.^a Dra. Eloisa Grossman
Coorientadora: Prof.^a Dra. Ana Cláudia Santos Chazan

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. Pós-graduação em Saúde da Família.

1. Pessoas mal alojadas. 2. Atenção primária à saúde – Ética – Teses. 3. Direito à saúde – Teses. I. Grossman, Eloisa. II. Chazan, Ana Cláudia Santos. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

CDU 614-058.5

Bibliotecário: Felipe Caldonazzo CRB7/7341

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Bianca Nogueira da Silva Barros Souza

Desafios na implementação de políticas públicas em saúde para população em situação de rua

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Saúde da Família.

Aprovada em 09 de maio de 2023.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Ana Cláudia Santos Chazan
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Banca Examinadora: _____

Prof.^a Dra. Eloisa Grossman (Orientadora)
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Prof. Dr. Marcelo Pedra Martins Machado
Universidade de Brasília

Prof.^a Dra. Fabiana Ferreira Koopmans
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Rio de Janeiro

2023

AGRADECIMENTOS

Aos professores do Mestrado ProfSaúde UERJ, Cesar Favoreto, Maria Inez Padula Anderson e Mariana Btresh por todos os ensinamentos e principalmente por serem exemplos de postura como mestres, sempre solícitos, dedicados e firmes na missão de nos ensinar a aprender. Às queridas professoras Ana Cláudia Chazan e Katlin Maia que seguraram na minha mão desde o começo do programa do Mestrado e me auxiliaram na elaboração deste trabalho.

À minha orientadora Loló, que merece um agradecimento mais que especial por caminhar junto comigo desde o início dessa etapa, quando ainda amadurecia em minha cabeça a ideia de pesquisar sobre populações vulneráveis até o final da construção desta dissertação. Gostaria de ter sido mais poética em minha escrita à altura da brilhante escritora que é a minha orientadora, mas acredito que ainda assim nós tenhamos ficado felizes com o resultado final do nosso trabalho.

À professora Fabiana por ter contribuído muito atenciosamente na construção da etapa de entrevistas da pesquisa.

Ao professor Marcelo pelas colaborações enriquecedoras na etapa de qualificação.

Aos participantes da pesquisa pelo acolhimento, pelo tempo disponibilizado e pela disposição em participar da pesquisa. Agradeço às gerentes das Unidades participantes, em especial à minha gerente Aline pela confiança.

Aos colegas de trabalho, especialmente àqueles que amam a Estratégia Saúde da Família e lutam com orgulho por um SUS melhor.

Às colegas de turma do Mestrado que nunca soltaram as mãos umas das outras.

Ao Pedro por ser além de um companheiro de trajetórias, grande incentivador da minha carreira profissional e acadêmica, ser meu marido amado, amigo e mentor, para vida toda.

Aos nossos pacientes em situação de rua que nos incitam a ser profissionais melhores buscando prestar um cuidado de qualidade, mas que acima de tudo nos ensinam diariamente sobre o amor ao próximo.

Com golpes na cabeça, sete pessoas foram assassinadas e seis tiveram danos irreversíveis. A noite de 19 de agosto de 2004 foi ainda mais escura que a habitual para quem mora na rua. Policiais traficantes de drogas ou traficantes de drogas policiais, como queiram, mataram as testemunhas de seus crimes a pauladas.

Desde então, ano a ano, 19 de agosto tem sido o Dia Nacional de luta da população em situação de rua.

Mas essa luta não começou em 2004. Seja porque há décadas que muita gente se coloca ao lado de quem mora na rua, seja porque matar e agredir o povo da rua é frequentemente a política de estado: Rio da Guarda, Operação Cata Tralha, Zona Sul Legal, Operação Copacabana, Choque de Ordem, Marcha pela Cidadania e Ordem e tantas outras.

Mas foi em 2003, antes mesmo do Massacre da Sé, que o povo da rua ganhou um aliado de peso. Pela primeira vez na história desse país, quem era rejeitado em shoppings, repartições públicas e até igrejas, subiu a rampa do Planalto. Lula, presidente, se aproximou do povo da rua. Todo ano se unia a eles para tomar café da manhã na véspera do Natal.

Anderson Miranda, Padre Júlio Lancellotti e tantos outros começaram a reivindicar direitos direto para o presidente. Lula chamou o Ministro do Desenvolvimento Social, Patrus Ananias, e mandou que ele resolvesse aquela situação. O povo da rua disse que não. Não queria só assistência social. Queria também Saúde, Educação, Trabalho, Habitação. Lula acatou e mandou Patrus conversar com os outros ministros. O povo da rua seguiu dizendo não. Queria participar da tomada de decisões. Foi então criado um grupo de trabalho com representantes do povo da rua de cinco Estados e vários ministérios. Esse grupo, a partir de discussões em todo o país, inclusive com contribuição do pessoal que mora na rua aqui em Campo Grande, escreveu um decreto assinado em 2009 pelo presidente Lula.

O povo da rua já tinha entrado no Palácio do Planalto, o presidente já tinha ido comer em baixo do viaduto, agora a rua estava na lei e no orçamento público.

RESUMO

SOUZA, Bianca Nogueira da Silva Barros. **Desafios na implementação de políticas públicas em saúde para população em situação de rua**. 2023. 134 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Apesar do acesso universal à saúde ser um direito constitucional de todos os cidadãos brasileiros, para a população em situação de rua ainda persistem barreiras ao acesso e ao cuidado em saúde. A garantia do cuidado a esta população pela Atenção Primária é um desafio para o Sistema Único de Saúde. A negação de direitos sociais como o direito à saúde e mesmo de direitos de cidadania traz aos sujeitos em situação de rua uma perda do reconhecimento de sua voz e identidade, tornando-os invisíveis. Entender o histórico e o contexto que envolvem essa população se faz necessário para analisar as políticas públicas destinadas a esse grupo de pessoas que trazem consigo diversas vulnerabilidades. Desta forma, a presente pesquisa buscou analisar as estratégias para garantia do direito à saúde da população em situação de rua, articulando a construção social dessa população, as políticas públicas a ela direcionadas e os obstáculos a sua implementação na prática do cuidado dos profissionais de saúde da APS do município do Rio de Janeiro. Para atingir os objetivos da pesquisa foi seguido o percurso metodológico que consiste em análise documental visando descrever, investigar, examinar, analisar, interpretar e sintetizar as informações relacionadas às políticas públicas para população em situação de rua; revisão de literatura sobre a prática do cuidado com pessoas em situação de rua; e entrevistas com trabalhadores da Atenção Primária em Saúde que atuam com a população de rua. A partir das entrevistas surgiram as seguintes categorias analisadas e discutidas juntamente com os resultados da pesquisa: 1) A necessidade de ressignificar os atributos da Atenção Primária à Saúde para população em situação de rua; 2) Território e Nomadismo: de quem é o paciente? 3) Violência e discriminação. 4) Identidade e invisibilidade. 5) Alteridade, emoções e sentimentos. Buscou-se evidenciar a necessidade de que os profissionais de saúde ressignifiquem os atributos da atenção primária à saúde, permitindo que chegue até essa população o cuidado ampliado em saúde. Para tal, é necessário um viés menos tecnicista e mais alinhado a práticas que possam alcançar transformações sócio-culturais redutoras dos estigmas das pessoas que vivem nas ruas.

Palavras-chave: População em situação de rua. Direito à saúde. Políticas públicas. APS.

ABSTRACT

SOUZA, Bianca Nogueira da Silva Barros. **Challenges in the implementation of public health policies for homeless population.** 2023. 134 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Universal access to health being a constitutional right of all Brazilian citizens. Although, for homeless population, barriers to access and health care still persist. The guarantee of services to this population by Primary Care is a challenge for SUS - Unified Health System. Negation of social rights - such as the right to health and even citizenship rights has harmful consequences to homeless people: the loss of recognition of their voice and identity, making them invisible. Understanding the history and context surrounding this population is necessary to analyze public policies related to this group, that has a lot of vulnerabilities. In this way, this research sought to analyze the strategies to guarantee the right to health of homeless population, articulating the social construction of this population, the public policies directed to them and the obstacles to its implementation in the practice of care by health professionals, making a case study at PHS in the city of Rio de Janeiro. In order to achieve the research goals, the methodological path consisted of document analysis in order to describe, investigate, examine, analyze, interpret and synthesize information related to public policies for the homeless population; literature review on the practice of caring for homeless people; and interviews with Primary Health Care workers who deal with the street population. From the analysis of the interviews, the following permanent categories emerged from the research results: 1) The need to re-signify the attributes of Primary Health Care for the homeless population; 2) Territory and Nomadism: whose the patient is? 3) Violence and discrimination. 4) Identity and invisibility. 5) Alterity, emotions and feelings. We sought to highlight the need for health professionals to re-signify attributes of primary health care, allowing expanded health care to reach this population. For this, a less technical bias is needed, more aligned with practices that can achieve socio-cultural transformations that reduce stigmas of people who live on the streets.

Keywords: Homeless people. Primary health care. Public policies. Family health. PHS.

APRESENTAÇÃO

Sou dentista formada pela Universidade Federal do Paraná em 2004. Fiz especialização em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro em 2012. Na ocasião aprendi sobre a importância do atendimento integral, especialmente em populações vulneráveis.

Assim que entrei para Estratégia Saúde da Família (ESF), no ano de 2011, participei de um Seminário sobre População Adulta em Situação de Rua. Mesmo não tendo contato direto com este grupo na unidade em que atuava, o tema me chamou bastante atenção e pude perceber que não tive a oportunidade de aprender sobre o cuidado com a população em situação de rua e todas as especificidades que este público possui durante minha formação. Recordo de alguns momentos de minha infância, em que visitava com familiares locais de extrema pobreza, realizando ações caritativas. Eram ações de cunho assistencialista, mas que devem ter contribuído de um algum modo para a construção de um olhar mais aguçado para este outro invisível.

Ao longo desses anos de ESF estive presente em alguns seminários que abordavam o tema da população em situação de rua. A apresentação de um colega dentista do Consultório na Rua, Ivo Lima, durante um Ciclo de Debates em Saúde Bucal, realizado em 2016 pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro cujo assunto era *O que temos feito para ampliar o acesso das pessoas em situação de rua aos cuidados em saúde bucal?* me impactou e emocionou bastante.

O ano de 2016 foi um ano difícil para mim e para todos aqueles que acreditam e lutam pela democracia no Brasil. Foi um ano em que participei de diversas manifestações em defesa do Estado Democrático de Direito. A deposição de uma Presidenta da República, seguida pelo desmonte de políticas sociais mexeu bastante comigo. Ao mesmo tempo em que era angustiante estarmos passando por tudo aquilo, percebi que estava me encontrando como pessoa. Era confortante me perceber ao lado das diversidades, dos que lutam pelo sistema público, das minorias e dos que estão mais vulneráveis. Esse ano acentuou minha curiosidade pela política.

A ideia da pesquisa surge, a partir de 2019, quando fui transferida para o Centro Municipal de Saúde Cesar Pernetta no centro do Méier (bairro do município do Rio de Janeiro situado na Coordenação de Área de Planejamento - CAP 3.2) onde há um número alto de pessoas vivendo em situação de rua.

Algumas situações demonstram claramente para mim que o preconceito e o estigma

contra essa população ocorrem dentro do meu local de trabalho, entre os profissionais de saúde. Muitos têm a visão de que essas pessoas “estão na rua porque querem”, porque “são preguiçosas”, “gostam de receber comida nas mãos”, “não querem ir para abrigos porque não gostam de receber regras”. Mostram dessa forma um olhar preconceituoso e ausência de empatia para acolher a população de rua.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AP	Área Programática
CBMFC	Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade
CBSC	Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNS	Cartão Nacional de Saúde
COBEM	Congresso Brasileiro de Educação Médica
DOTS	Tratamento Diretamente Observado
eCR	Equipe de Consultório na Rua
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MNPR	Movimento Nacional da População de Rua
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPSR	Política Nacional para População em Situação de rua
PSR	População em situação de rua
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WONCA	World Organization of Family Doctors

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	REFERENCIAL TEÓRICO	18
1.1	Origens da população de rua	21
1.1.1	<u>As diversas terminologias: Do preconceito ao respeito?</u>	26
1.2	Higienismo e a pobreza como doença	27
1.3	Estar e viver na rua	32
1.3.1	<u>Um histórico de lutas</u>	37
1.4	Políticas públicas para a população em situação de rua	40
1.5	Estigma como conceito e como prática	45
1.5.1	<u>Estigma como conceito</u>	45
1.5.2	<u>Estigma como prática</u>	51
2	METODOLOGIA	59
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	63
3.1	A necessidade de ressignificar os atributos da atenção primária em saúde para população de rua	63
3.2	Território e nomadismo: de quem é o paciente?	77
3.3	Violência e discriminação	87
3.4	Identidade e invisibilidade	101
3.5	Alteridade, emoções e sentimentos	109
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
	REFERÊNCIAS	123
	APÊNDICE	132

INTRODUÇÃO

Contextualização do tema

Viver em situação de rua é um fenômeno que se mostra presente na contemporaneidade, em especial nos grandes centros urbanos. Em países de capitalismo tardio e de desigualdades sociais visíveis como o Brasil, o tema desperta interesse por parte da sociedade civil como um todo, da academia e do Poder Público. Contudo, não se trata propriamente de fenômeno recente, estando presente desde o mundo antigo, perpassando o período feudal e chegando à Idade Moderna.

Errantes, mendigos, desviantes, andarilhos, incapacitados para o trabalho, mercedores de caridade. Dentre outras designações, estigmas e rótulos, estas pessoas ao longo da história têm sido vistas como sujeitos perigosos, desviantes e causadores de repulsa até mesmo pelos órgãos estatais (Frangella, 2004; Barbosa, 2014). Com o desenvolvimento da sociedade capitalista, aumentou a intolerância ao fato de pessoas, em tese “aptas para o trabalho”, viverem da mendicância nos centros urbanos (Cafiero, 1981, Alt, 2017). Nos tempos contemporâneos, o desenvolvimento do capitalismo, com a conseqüente industrialização, urbanização e assimetria na distribuição de oportunidades de empregos, expôs as mazelas sociais desta população, que acaba sendo vítima de políticas higienistas e até mesmo da repressão penal do Estado.

Sobre o tema, curioso observar que a tradição acadêmica brasileira baseia-se em uma certa visão eurocêntrica de abordagem, sempre sintetizando o desenrolar histórico das sociedades europeias, primeiro na fase final da Idade Média, passando pela pré-industrialização até chegar na Revolução Industrial. Embora o contexto brasileiro possa ser diferente, há alguns pontos de contato que convergem para este histórico: a ideia de uma parte da população que não consegue se inserir nos modos de produção predominantes; assimetrias em razão de classe social e etnia/raça; a ideia de um certo desenraizamento de sujeitos ou grupos que estão “fora de lugar” (em migrações, crises econômicas, genocídios, etnocídios, etc).

Parece, enfim, que no imaginário coletivo há uma certa confluência de pensamentos com os ideários de um capitalismo liberal, com foco em premissas como livre arbítrio,

igualdade de oportunidades (igualdade formal), meritocracia (terminologia que aparece com força no século XXI) e a percepção de que o ser humano precisa, necessariamente, ser produtivo (produtivo, sobretudo, no sentido de eficiência econômica).¹ Os excluídos deste sistema são catalogados com as mais diversas terminologias (vadios, vagabundos, mendigos).

Em um segundo momento, o conteúdo semântico de termos como “vadio” ou “vagabundo” parece atingir uma certa polissemia, alcançando também questões identitárias, como, por exemplo, a utilização diferenciada para o gênero feminino (a mulher “vadia” ou “vagabunda” não é considerada, necessariamente, a que não possui ocupação ou não se viabiliza economicamente, mas sim a que estaria fora de algum padrão de moralidade).

Por fim, esses termos acabam sendo incorporados na linguagem vernacular (ao menos na língua portuguesa) como sinônimos de algo substantivo de baixa qualidade, vil, de pouco apreço.

É importante compreender a dimensão histórica destes termos e das apreciações semânticas sobre os sujeitos que moram *na rua*, para concluir que estas dimensões de sentido não são excludentes no tempo e no espaço. Elas se complementam e confluem para a contemporaneidade como um misto de fatores, que são predominantemente relacionados às estruturas econômicas e sociais: desigualdade de renda, desigualdades regionais, racismo. Isso sem excluir as abordagens relacionadas a (falta de) reconhecimento.

Os aparelhos estatais, à medida em que se organizam política e juridicamente, buscam medidas para reforçar mecanismos de exclusão contra estes “indesejáveis”. Idosos, deficientes e doentes contagiosos são, na linha do tempo, os primeiros alvos de medidas desta natureza. Mesmo num possível protocapitalismo, eles não seriam peças úteis no sistema. À medida em que os fenômenos da urbanização e industrialização ganham força, outros vieses são acrescentados, especialmente ligados a grupos que ficam à margem social em razão, por exemplo, dos processos de colonização e escravização (negros no caso do continente americano como um todo).

No Brasil, a população em situação de rua traz em seu histórico duas grandes marcas que são a herança da escravidão e a questão sanitária higienista. Além da omissão e descaso do Estado brasileiro em relação aos negros alforriados, houve a substituição da extinta mão de obra escrava pela força de trabalho europeia, através de reserva de vagas e garantia da permanência no país. Sendo assim, restaram aos negros a marginalização social traduzida por

¹ No cinema, cena interessante é a de um breve *take* no filme “Um Dia de Fúria” (1990), em que um pedinte (figurante) aparece segurando uma plaquinha: “Não sou economicamente viável!”.

ausência de empregos, trabalhos precarizados, moradias irregulares que deram origem às favelas nos grandes centros urbanos, encarceramento em massa e uso das ruas como meio de trabalho, moradia e sobrevivência. Ao povo alforriado não foram propostos quaisquer meios de reparação ou assistência em decorrência do trabalho forçoso e degradação da dignidade humana, sofrida durante séculos (CNDH, 2020).

Essa dívida histórica que temos com a população retirada compulsoriamente do continente africano traz até hoje marcas da escravidão do Brasil Colônia, como a visão preconceituosa e discriminatória de que os negros escravizados eram e seus descendentes são perigosos, inferiores, diferentes da elite dominante configurando um racismo estrutural (CNDH, 2020).

Mesmo com alguma dificuldade semântica ou de definição normativa, deve ficar claro que “mendigo” e “morador de rua” não podem ser encarados como sinônimos, embora no imaginário popular ambos sejam vistos com a mesma indiferença. As pessoas em situação de rua não necessariamente sempre ocupam o papel de pedinte. Podem ocupar posições na economia informal (catadores, biscateiros, “chapas”, etc) ou mesmo estarem na rua sazonalmente ou em razão de movimentos pendulares (possuem trabalho e residência, mas eventualmente ficam na rua para diminuir custos com deslocamento, por exemplo). O “mendigo”, por sua vez, pode ter residência fixa e apenas passar parte do tempo no ambiente público em uma atividade considerada sua fonte de renda: viver da caridade alheia.

No século XXI o termo cunhado recentemente e utilizado em documentos oficiais do estado é “população em situação de rua” e engloba diversos significados de representação bastante heterogênea de sujeitos que fazem da rua seu principal espaço de convivência. Nesta nomenclatura estão agregados andarilhos em deslocamento contínuo, pardais, trecheiros, mendigos, os “loucos da rua”, e ainda os desempregados que vivem temporariamente nas ruas e frequentam albergues (ABREU E SALVADORI, 2015).

Qualquer que seja o termo utilizado ou o viés semântico empregado, há um consenso quanto ao manto de invisibilidade ao qual esta parcela da população é historicamente submetida. O porquê desta continuidade no tempo é tema complexo e multicausal: relaciona-se, no caso brasileiro, às estruturas de poder, à forte concentração de renda, a um sistema econômico excludente e elitista – herança de uma estrutura colonialista e patrimonialista; e a um Estado diretamente ligado a este tipo de estrutura e que sequer consegue atingir patamares básicos de um modelo de democracia social.

Este modelo incipiente de democracia conseguiu, especialmente até meados da década

de 2010, dar alguns passos adiante à medida em que as estruturas de Poder Público voltaram-se para a adoção de medidas redistributivas e de justiça social, além de uma posição mais focada na prevalência dos Direitos Humanos e em políticas de reconhecimento dos sujeitos.

Além da deficiência de atuação estatal, parece também haver uma questão intrínseca a este público: a falta de reconhecimento como classe e a dificuldade de se organizar como movimento, pelas próprias condições dos sujeitos (miséria, fome, baixa escolaridade, falta de acesso a instrumentos formais, dificuldade de gozo de exercícios básicos de cidadania).

Apesar da existência das políticas públicas para a população em situação de rua, o tema ainda precisa ser mais explorado, pois esse grupo ainda necessita de muitos fatores para atingir sua dignidade e autonomia. Estar na rua não deixa de ser uma forma de resistência daqueles que não conseguem ou não querem se enquadrar em padrões pré-estabelecidos pela sociedade. O problema da população de rua não se resolve apenas oferecendo moradia regular. Esta população é necessitada de diversos outros direitos sociais como saúde, educação, emprego, alimentação adequada e acima de tudo tende a ser carente de autoestima e respeito.

Levando em conta a fundamentalidade do Direito à Saúde, garantido na Constituição Federal de 1988, artigo 196, e o caráter de universalidade do Sistema Único de Saúde, é de se considerar a necessidade de um olhar especial sobre as políticas e práticas de saúde voltadas à população em situação de rua, em um olhar que alie não só uma abordagem técnica mas acima de tudo um enfoque humanista, de reconhecimento dos sujeitos como cidadãos.

Questões norteadoras

Como os profissionais da Atenção Primária em Saúde atuam para garantir o direito à saúde da população em situação de rua e quais as percepções e dificuldades encontradas na prática desse cuidado?

Justificativa

O cenário socioeconômico brasileiro a partir de meados da década de 2010 tem sido difícil devido a um contexto de políticas de austeridade com redução das políticas sociais, à aprovação da Emenda Constitucional 95 que limita o teto de gastos com saúde, bem como às reformas trabalhistas e previdenciárias. Existem dados indicando aumento de pessoas vivendo em situação de extrema pobreza, elevando assim de forma perceptível o número de pessoas vivendo em situação de rua. Em Nota Técnica emitida pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2020) estima-se que a população em situação de rua tenha crescido 140% a partir de 2012 chegando a quase 222 mil brasileiros em 2020, alertando que este número tende a aumentar com a crise econômica acentuada pela pandemia da Covid-19.

Junto com o aumento da pobreza tornam-se mais aparentes episódios de intolerância e ódio contra a população em situação de rua. Nos últimos anos o país testemunhou vários casos graves de violação dos direitos humanos tanto por parte do Estado quanto por parte da sociedade civil. A mídia noticia com alguma frequência esses casos. Em parte deles, o próprio Poder Público atua ou é no mínimo conivente.²

É neste quadro que ganha relevo a importância de se ter um sistema de saúde que permita atendimento da população em situação de maior vulnerabilidade, especialmente nos grandes centros urbanos onde a questão se torna mais crítica.

Cabe salientar que os profissionais de saúde que atuam especificamente junto a este público (como no caso dos modelos de consultórios ou equipes de rua) são em número escasso se comparados ao tamanho e às necessidades dos usuários. Assim sendo, boa parte desse público – quando consegue acessar o sistema – acaba sendo atendido em unidades de pronto atendimento. Os profissionais que trabalham com essa população (sejam os específicos

²Notícias: “Jovens ateam fogo em moradores de rua e um deles morre no Distrito Federal”

https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2012/02/27/interna_nacional,280125/jovens-ateiam-fogo-em-moradores-de-rua-e-um-deles-morre-no-distrito-federal.shtml

Garotos tentam queimar mendigo no Grande Rio

<https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff210641.htm#:~:text=Paulo%20%2D%20Garotos%20tentam%20queimar%20mendigo,21%20de%20junho%20de%201997.&text=Tr%C3%AAs%20garotos%20vendedores%20de%20bala,Itagua%C3%AD%2C%20no%20Rio%20de%20Janeiro.&text=O%20menino%20de%20rua%20A,mendigo%2C%20identificado%20como%20Jorge%20Paulo.>

Moradores de rua reclamam de jato de água da gestão Dória

<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/07/1902707-com-frio-recorde-moradores-de-rua-reclamam-de-jato-de-agua-sob-doria.shtml>

Moradores de rua em São Paulo são acordados com jatos de água fria

<https://oglobo.globo.com/brasil/moradores-de-rua-sao-acordados-com-jatos-de-agua-fria-em-sp-diz-cbn-21607407>

da área de saúde, sejam os de apoio ou de gestão), nem sempre estão plenamente capacitados ou ambientados a lidar com usuários em situação de rua. Os estigmas, preconceitos e barreiras vivenciados nos mais diversos setores da sociedade civil podem permear também estas relações entre o profissional de saúde e o usuário.

Refletir sobre as práticas e percepções dos profissionais neste cenário é relevante para, ao mesmo tempo, oferecer subsídios para melhor capacitação das equipes de saúde e contribuir para um atendimento mais humanizado aos grupos vulneráveis.

Objetivos

Objetivo geral:

- a) Analisar as estratégias para garantia do direito à saúde da população em situação de rua, articulando a construção social dessa população, as políticas públicas a ela direcionadas e os obstáculos a sua implementação na prática do cuidado dos profissionais de saúde da APS do município do Rio de Janeiro.

Objetivos específicos:

- a) Discorrer sobre aspectos como integralidade no cuidado e barreiras de acesso aos serviços de saúde impostas a essa população;
- b) Refletir sobre a atuação dos profissionais de saúde que atendem a população em situação de rua, analisando a visão, formação e percepções destes profissionais sobre o tema;
- c) Verificar em que medida os processos de estigmatização social contribuem para dificultar a implementação das políticas públicas.

Hipóteses

As políticas públicas, protocolos e diretrizes voltados à população em situação de rua existem, mas na prática, esbarrariam em questões como estigma e preconceito por parte dos profissionais. Busca-se entender até que ponto as políticas públicas para população em situação de rua contribuem para sua emancipação, apostam no protagonismo e estimulam a autonomia desse grupo.

Parte-se da premissa de que as barreiras enfrentadas pela população em situação de rua nas mais diversas áreas do cotidiano (acesso a serviços; preconceitos em razão de raça, etnia, origem ou aparência; abordagens desrespeitosas) também estariam presentes nas unidades de saúde.

Questiona-se o quanto uma formação dos profissionais de saúde insuficiente ou inadequada contribuiria como barreira de acesso aos serviços oferecidos à população em situação de rua. A par disso, é possível conjecturar que abordagens não condizentes com a dignidade da pessoa humana possam ocorrer de forma deliberada e seriam permeadas majoritariamente por vieses inconscientes e por visões arraigadas na sociedade (racismo, criminalização da pobreza, normalização dos corpos).

Estrutura da dissertação

Este trabalho encontra-se estruturado da seguinte forma: neste capítulo introdutório são apresentados os objetivos, contextualização, justificativa e hipóteses da pesquisa.

O Capítulo II apresenta o referencial teórico utilizado, dividido em subseções que abordam as origens da população de rua e suas terminologias, a crítica às políticas higienistas e reflexões teóricas sobre a questão da estigmatização social. Enfoca, ainda, as condições de vida da população de rua e as políticas públicas de saúde a ela referentes.

O Capítulo III apresenta a Metodologia da Pesquisa, esclarecendo como se estruturaram as entrevistas que foram utilizadas como insumo para a análise apresentada no Capítulo IV. No Capítulo IV – Resultados e Discussão – é feito o cotejo entre o material coletado nas entrevistas, sua análise e suas correlações com o referencial teórico trazido no Capítulo II.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

Antes de apresentar um referencial teórico sobre as temáticas que o presente estudo se propõe a abordar, e como subsídio para sustentação a outras discussões ao longo desta dissertação, realizamos de forma preliminar e exploratória um levantamento com consulta a anais, compêndios de resumos e catálogos de busca, entre os anos de 2010 e 2020, relacionados a eventos de Saúde Coletiva, Saúde da Família, Medicina de Família e Comunidade e termos correlatos.

Apesar de observarmos um crescimento no número de trabalhos apresentados nos Congressos, não há uma linearidade ao longo dos anos. O 58º COBEM (Congresso Brasileiro de Educação Médica) realizado em 2020 dobrou a produção de atividades sobre o tema da população de rua, após a criação do *Grupo de Trabalho (GT) Populações (In)Visibilizadas e Diversidades*. O Grupo surgiu durante o 57º COBEM, realizado na cidade de Belém-PA em 2019, após a identificação da necessidade de promover maior visibilidade à temática das diversidades e populações invisibilizadas na educação médica (ABEM, 2020).

O Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva apresentou um crescimento elevado de trabalhos em sua 12ª edição, ocorrida em 2018. Outros dois pontos que chamaram a atenção foram a queda abrupta de trabalhos apresentados no 15º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade (2019) e a baixa produção de trabalhos na Conferência Mundial WONCA de 2016, o que nos leva a refletir sobre a pouca visibilidade do tema em eventos internacionais e o questionamento se há relação entre a diminuição quantitativa de trabalhos e as políticas públicas em nível federal, quanto à retração do fomento à ciência e tecnologia ou mesmo nas áreas do ensino superior e da saúde, a partir de 2019.

De uma forma geral, a maioria dos trabalhos apresentados em Congressos são relatos de experiência. Muitos deles descrevem a atuação de Consultórios na Rua em municípios como: Rio de Janeiro, São Paulo, Belém, Salvador, Curitiba, Joinville-SC, Porto Alegre, Ipatinga-MG, Niterói-RJ, Campinas-SP, Vitória, Maceió e Volta Redonda-RJ.

Os trabalhos descrevem a importância da equipe multidisciplinar e do vínculo e abordam questões como integralidade, educação popular, intersetorialidade, promoção de saúde, estímulo à autonomia, abordagem centrada na pessoa e clínica ampliada.

Alguns temas são recorrentes, como questões de saúde ligadas à Tuberculose e Infecções Sexualmente Transmissíveis, principalmente HIV, uso abusivo de álcool e outros

tipos de drogas, abordando também reflexões sobre a política de redução de danos.

A questão da saúde bucal é abordada em apenas 4 dos 192 trabalhos sobre população de rua encontrados no levantamento, mostrando a necessidade de abordarmos esse assunto, especialmente quando pensamos em uma saúde integral para essa população que sofre pela dor, mas também pela questão social e estética que a ausência da saúde bucal traz.

Alguns trabalhos direcionam seus olhares para crianças e adolescentes que vivem em situação de rua e a complexidade ainda maior de trabalhar com esse grupo. Outro subgrupo dessa população que apresenta uma vulnerabilidade ainda maior são as mulheres em situação de rua, citadas em trabalhos que abordam o tema da violência.

Outras questões aparecem diversas vezes, como preconceito, estigma, invisibilidade, vulnerabilidades, riscos e dificuldades de acesso a serviços, sofridas por essa população. Os trabalhos apresentam tanto a perspectiva dos profissionais quanto da população em situação de rua, através de entrevistas.

A integração ensino-serviço é apontada em muitos trabalhos, especialmente no COBEM e apontam para a importância de se trabalhar nos estudantes o desenvolvimento de habilidades e competências essenciais ao profissional de saúde que atua diretamente com a população em situação de rua.

A colaboração mútua entre ensino e serviço reforça a necessidade de sensibilização e humanização dos futuros profissionais para que tenham uma visão holística e desenvolvam empatia, altruísmo, competências relacionais de cuidado e uma comunicação culturalmente sensível.

Em síntese: na mencionada pesquisa preliminar sobre a produção intelectual na área, pôde-se extrair um quantitativo de trabalhos relacionados à saúde da população em situação de rua.

Apesar do tema *população de rua* ter ganhado notoriedade a partir da Política Nacional instituída em 2009, é ainda um número pequeno de produções, ao levarmos em consideração que foram produzidos ao todo 40.520 trabalhos e apenas 192 abordaram a PSR, o que representa aproximadamente 0,47% do universo apresentado.

Esta perspectiva pode ser observada no quadro que se segue, que apresenta um panorama da produção científica em eventos acadêmicos relacionados a Saúde da Família e a Saúde Coletiva realizados entre 2010 e 2020.

Quadro 1 – Produção científica sobre População em Situação de Rua (PSR) em eventos relacionados a Saúde Coletiva e Saúde da Família entre os anos de 2010 a 2020

EVENTO	NO	TRABALHOS SOBRE PSR	TOTAL DE TRABALHOS
48° COBEM	010	0	831
49° COBEM	011	0	1584
50° COBEM	012	1	1168
51° COBEM	013	0	1102
52° COBEM	014	0	753
53° COBEM	015	1	846
54° COBEM	016	3	1216
55° COBEM	017	1	1758
56° COBEM	018	5	1302
57° COBEM	019	6	1255
58° COBEM	020	12	2042
11° CBMFC	011	12	1841
12° CBMFC	013	13	1591
13° CBMFC	015	17	1854
14° CBMFC	017	22	1621
15° CBMFC	019	6	951
10° CBSC	012	22	7846
11° CBSC	015	17	4733
12° CBSC	018	48	4491
21ª Conferência Mundial WONCA	016	6	1735
TOTAL		192	40520

Fonte: A autora, 2022.

1.1 Origens da população de rua

Viver em situação de rua não é uma condição exclusiva das metrópoles contemporâneas, estando presente nas cidades desde o mundo antigo como resultado de diversos acontecimentos históricos, políticos, sociais e econômicos. Desde a Idade Média Europeia as pessoas errantes que não tinham domicílio fixo nem trabalho eram vistas de acordo com a organização social e política em vigor, não só como mendigos mercedores de caridade, mas também como sujeitos perigosos, mau-caráteres, vagabundos, incapacitados, etc (FRANGELLA, 2004).

Segundo Frangella (2004), pelas ruas das cidades de arquitetura sinuosa da Idade Média circulavam ricos, pobres e miseráveis. As classes inferiores eram normalmente compostas por camponeses sem vínculos com senhores feudais ou com corporações que monopolizavam os serviços nas aldeias, ou então sujeitos doentes, incapacitados para o trabalho. A esta população restava a mendicância e a peregrinação. Porém nesta época também havia os criminosos e desocupados, que usavam estratégias artificiais para forjar o caráter de indigência, fazendo com que surgisse então uma diferenciação entre o “mendigo verdadeiro”, honesto, bom, como os aleijados, os doentes, os loucos, os velhos, as viúvas e os órfãos; e o “mendigo falso”, que eram os pecadores, vagabundos, camponeses e artesãos empobrecidos, assalariados e sem emprego.

Demonstrando que o fenômeno de pessoas de rua não é recente, Barbosa (2014) cita as figuras dos andarilhos da Europa do século XV/XVIII e dos *hobos* dos Estados Unidos do século XIX, presentes no imaginário social e em peças de teatro. *Hobo* era o trabalhador itinerante, que viajava sem destino, frequentemente de forma clandestina em trens de carga e que surgiu da pobreza gerada pela crise econômica americana do século XIX (KELLY, 2014).

Para a sociedade, a movimentação errante era aceitável como uma condição passageira e não como um modo de vida. Quando a perambulação era, e ainda é, justificada dentro da moralidade da busca de trabalho, a relação de estranhamento se atenuava. O ato de vagar sofreu continuamente com condenações e veio sendo descrito ao longo dos séculos nas literaturas francesa, inglesa e portuguesa pelo termo *vagabond*. Atualmente, o termo vagabundo traz um sentido estigmatizante e uma conotação moral negativa histórica. Segundo Frangella (2004, p.39):

o imaginário em torno dos errantes os marca como agentes poluidores, perigosos; mais contemporaneamente, como fracassados. O movimento errante nas cidades é fruto de inúmeros acontecimentos históricos: expropriação de camponeses e escassez de emprego devido a mudanças econômicas profundas, crises monetárias (provocando a mobilidade por sobrevivência econômica e trabalho); deslocamentos conseqüentes dos efeitos de grandes desgraças sociais, como guerras e epidemias, catástrofes naturais, mudanças políticas. Vários fatores conjugados podem explicar a situação da itinerância, e mais propriamente a situação de rua.

Entre o século XVI e o final do século XIX, houve uma sucessão de mudanças econômicas e políticas, catástrofes e epidemias, gerando grandes contingentes de pauperizados. Além disso, as cidades cresciam e a urbanização não trazia melhorias em suas infraestruturas que permitissem a acomodação do fluxo de pessoas que chegavam. Medidas repressivas foram se tornando cada vez mais duras para essa população, mas eram incapazes de eliminar essa forma de movimentação. A errância deixa de ser crime moral passando a ser considerada crime econômico. Desta forma, os mendigos, os “incapazes” e os “vagabundos” passaram a ser a imagem eternizada do fenômeno da errância nas cidades (FRANGELLA, 2004).

A legislação contra a vadiagem, que surgiu na Europa no final do século XV e decorrer do século XVI, tinha o objetivo de forçar os trabalhadores a aceitarem empregos de baixos salários e inibir suas movimentações em busca de melhores condições de vida. Essa legislação rígida punia aqueles que não conseguiam trabalho nas indústrias e acabavam se transformando pela falta de postos de trabalho em “vagabundos” e mendigos. Não era tolerado que sujeitos considerados aptos ao trabalho praticassem a mendicância (CAFIERO, 1981).

Importante resgatar o relato de Cafiero (1981, p. 133), que traz exemplos da legislação repressiva contra a vadiagem:

Henrique VIII, 1530: velhos e incapacitados para trabalhar obtêm o direito de apelar à caridade pública, ou seja, esmolar; os sadios que vagabundeiam são presos e chicoteados até sangrar; e além disso, de acordo com a lei posta em vigor, esses vagabundos devem jurar que voltarão à terra natal ou à cidade onde viveram nos últimos três anos para, como diz a lei “se porem a trabalhar”. Elizabeth, 1572: mendigos sem licença e com mais de 14 anos serão açoitados severamente e suas orelhas serão marcadas a ferro, se ninguém quiser tomá-los a serviço por dois anos; em caso de reincidência, se tem mais de 18 anos, serão enforcados, se ninguém quiser tomá-los a serviço por dois anos; na terceira vez serão enforcados, sem apelação, como traidores do Estado. Vagabundos foram enforcados em massa, dispostos em longas filas. Não havia um ano em que 300 ou 400 vagabundos não fossem levados à força.

Corroborando nossa observação, além das condições relatadas do período pré-industrial europeu, ao longo dos séculos diversos eventos perpetuaram a formação da população em situação de rua, e em todos os casos, encontram-se essencialmente questões de interesses do sistema capitalista (ALT, 2017).

Alt (2017) relata que o capitalismo, com a acumulação primitiva, concebe a divisão da produção em duas áreas: força de trabalho e propriedade dos meios de trabalho. A acumulação primitiva é o processo histórico que retirou dos trabalhadores seus meios de produção e os tornou reféns dos donos desses meios. Surge na era feudal como resultado de processos de expropriação violentos ou fraudulentos em que os camponeses tiveram suas propriedades roubadas ou confiscadas e também como resultado da privatização de terras do Estado e da Igreja.

Após serem expulsos de suas terras e com o crescimento das indústrias, os trabalhadores sem condições de prover sua subsistência migraram para as cidades em busca de trabalho. No entanto, a indústria não foi capaz de absorver todos esses trabalhadores que ficaram sem meios de produção e sem ter para quem vender sua força de trabalho. Sendo assim, muitos começaram a vagar pelos centros urbanos, sem casa e sem meios de prover sequer sua alimentação e acabaram se transformando em mendigos, ladrões, vagabundos, em parte por inclinação, mas na maioria dos casos por circunstâncias. Este excesso de trabalhadores não absorvidos pelo mercado capitalista é chamado de exército de reserva ou superpopulação relativa, dando origem à população em situação de rua. (ALT,2017). Em países de industrialização tardia como o Brasil, este processo se verificou ainda no século XX, sendo que o caso brasileiro chama atenção pela questão das desigualdades regionais e pelas assimetrias nos fluxos migratórios (Nordeste/Sudeste).

Com o passar dos séculos, esses personagens diversos que circulavam e permaneciam pelas ruas foram se somando nos espaços das cidades, constituindo um conjunto dinâmico a cada experiência urbana. Segundo Frangella (2004, p.37)

comum a esses períodos é que os errantes constituem sempre um segmento à parte, à margem das ordenações sociais e urbanísticas. O ato de vagar, também traduzido ao longo dos séculos como o de vadiar, foi sendo reconfigurado, e o errante – ou vagabundo – teve seu estatuto sociopolítico modificado.

Dessa forma, tem-se a categoria da vadiagem como representativa por excelência da pobreza ou da exclusão, daqueles que não possuem habitação, renda, emprego, nem laços familiares ou territoriais, levando a um destino imprevisível. Sujeitos com modo de viver errante, cotidiano e atemporal, os vagabundos são o modelo da exclusão social, representados pelo reagrupamento de populações que se situam em diversas épocas históricas, à margem do sistema de organização social, estando fora do sistema de produção e de consumo padronizados na vida social. (FRANGELLA, 2004)

A abolição da escravidão brasileira em 1888 foi um fato político que desencadeou um processo de despejo de ex-escravos sem recursos e sem perspectivas de ascensão social nas

ruas e cidades grandes como Salvador e São Paulo. Além disso, a situação de indigência já era recorrente nas cidades brasileiras da época, em função da situação de crise econômica, seca e ausência de planejamento para acolhimento da população que migrava para a cidade. (FRANGELLA, 2004)

Importante para a reflexão sobre o inconsciente coletivo que até hoje criminaliza a população que vive em situação de rua é analisar o Código Penal Brasileiro.

A polícia brasileira surgiu com a vinda da família real para o Brasil e em 1809 foi criada a Guarda Real de Polícia, para manter a tranquilidade da ordem pública e o patrulhamento da cidade. Os membros desta Guarda substituíram os antigos capitães-do-mato e atuavam de forma truculenta, baseados na “polícia de costumes”, reprimindo as festas com cachaça e música afro-brasileira. (BARROS & PERES, 2011).

Segundo Barbosa (2014) no início do século XIX considerava-se como delito os “crimes contra os costumes”, o que indicava o papel da polícia como normatizadora de condutas, permeando, de modo geral, as motivações de prisões neste período. Eram classificados como crimes a “vadiagem” e a “mendicância”. A “vadiagem” era uma categoria criminal que incluía todo tipo de desvios de conduta, prendendo o indivíduo sem direito à defesa. Eram presos por esta categoria andarilhos, embriagados, homossexuais e, em alguns casos, estrangeiros.

Chama atenção a arbitrariedade como a sujeição criminal era construída, pois o simples fato do indivíduo ser encontrado perambulando pelas ruas era considerado um claro indicativo de que ganhava a vida com expedientes ilícitos. A pobreza associada à prática de um trabalho não reconhecido como “legal” também eram considerados argumentos para justificar a prisão (BARBOSA, 2014).

A lei penal propriamente dita só entrou em vigor em 1830 com a criação do Código Criminal do Império do Brasil pelo Imperador D. Pedro I, que tinha como objetivo definir crimes, penas e criminosos. Trazia a pena de morte para aqueles que liderassem insurreições escravas, roubos com agravantes e homicídios. Quanto aos “homens bons”, estes eram condenados a penas pecuniárias e de prisão, o que mostrava a separação social e racista da sociedade e legislação da época (AMARAL, 2017).

Entretanto, a escravidão no Brasil foi tão brutal que, com toda sua crueldade, ainda assim, o Código Criminal de 1830, foi considerada um avanço, ao ter estabelecido que o escravo que cometesse um pequeno delito deveria receber por dia, no máximo, 50 chicotadas, já que antes eram punidos com 200 a 400 açoitadas e os castigos podiam levar até a morte.

(BARROS & PERES, 2011).

Em 1890 o Código Penal passou a caracterizar como atos criminosos a vadiagem e a capoeiragem. Se os indivíduos fossem reincidentes nesses crimes seriam encaminhados às colônias penais em ilhas marítimas, com destaque para colônias de Porto das Palmas, em Ilha Anchieta/SP, e de Dois Rios, em Ilha Grande/RJ. As colônias correcionais em ilhas tinham como objetivo a punição dos indivíduos que não optassem por uma vida regrada pelas normas estabelecidas. Os vadios afrontavam a moral e os bons costumes com sua miséria e vícios, enquanto os capoeiras eram considerados uma ameaça à ordem pública, devido a sua rebeldia. Portanto, todos aqueles que vagassem pela cidade, em tese, se não tivessem meios de subsistência, eram colocados na prisão (AMARAL, 2017). Este sistema era inerentemente seletivo (como é hoje o sistema penal em sentido amplo): o homem branco, bem vestido, não seria um “suspeito” em potencial de vadiagem.

Ainda por volta de 1850, o preço dos escravos começava a subir favorecendo a importação da mão-de-obra excedente da Europa e o governo brasileiro começou então a adotar medidas abolicionistas. A imigração europeia passou a ser estimulada pela sociedade brasileira, que além de necessitar de trabalhadores para a agricultura tinha medo dos escravos, considerados “inimigos domésticos”. A política de estímulo à imigração possuía também outro intuito que era o “embranquecimento” e “aprimoramento” da sociedade brasileira. Com a expansão da lavoura cafeeira brasileira, na virada dos séculos XIX para o XX, os avanços no transporte internacional e um cenário na Europa de más condições de vida no campo e desemprego, muito europeus, principalmente italianos, passaram a vir para o Brasil. (BARROS & PERES, 2011).

Barros & Peres (2011) explicam que nesta época não havia falta de mão-de-obra já que milhares de escravos estavam livres e sem emprego. Porém o propósito da sociedade brasileira era construir uma 'nação homogeneizada', sobre padrões culturais europeus. Além disso, o desejo de liberdade dos ex-escravos, chamados de vagabundos, era considerado “falta de vontade de trabalhar”.

Com a Abolição da Escravatura e a Proclamação da República sob o lema “ordem e progresso” fundamentou-se o pensamento positivista de imposição da ordem social para se chegar ao progresso. Influenciaram o Direito Penal, o positivismo e as teorias do fundador da Antropologia Criminal, Lombroso, que partia de uma explicação antropológica para chegar a uma explicação patológica do crime e da criminalidade. Crescia a preocupação com as leis e o etnocentrismo com suas bases supostamente científicas. Os autores Barros & Peres (2011,

p.9) relatam como a Criminologia sustentava origens etiológicas para o crime.

referia-se à existência de razões biológicas, atávicas e até climáticas (calor, no caso) para que determinados tipos de pessoas não respeitassem a ordem. Características tais como o tamanho da mandíbula forneciam dados à psicopatologia criminal. Apesar de inconsistentes, suas teorias influenciaram criminologistas, juristas e médicos, brasileiros e europeus. O positivismo apresenta diagnósticos e soluções para casos isolados, culpabilizando o indivíduo e não o sistema social, gerando um pensamento racista e sensacionalista que muito agrada às classes privilegiadas. Ao explicar a origem dos revolucionários, bandidos, alcoólatras, desempregados, mendigos, prostitutas e maconheiros por meio de características atávicas, o discurso lombrosiano visava a assepsia da sociedade que deveria ser protegida desses (maus) “elementos”.

Como consequência de todo esse racismo estrutural e sucessão de injustiças, temos uma estratificação do poder, que reordena a sociedade entre superiores e inferiores, estando no topo da pirâmide o grupo racial branco, rico e de origens europeias e no alicerce a camada da população negra, pobre e de origem africana que vem compor a grande maioria da população em situação de rua (CNDH, 2020).

1.1.1 As diversas terminologias: do preconceito ao respeito?

Como podemos observar através do histórico da origem da população em situação de rua, vários são os termos que vêm sendo utilizados para designar esse grupo de pessoas desde a Idade Média até o período contemporâneo; são eles: “pobres perigosos”, “mendigos”, “vadios”, “vagabundos”, “andarilhos” etc.

Desta forma, Frangella (2004) afirma que as definições utilizadas seguem contextos temporais e específicos, trazendo vários perfis que reiteram formas itinerantes encontradas em períodos históricos diversos. No contexto americano da década de 1920 os termos utilizados baseavam-se nos atributos trabalho e mobilidade. Sendo assim, utilizavam três definições, onde o andarilho era um trabalhador migrante, o vagabundo um não-trabalhador migrante e o mendigo um não-trabalhador não-migrante.

Atualmente as nomenclaturas mais frequentemente utilizadas são “população de rua”, trazendo o sentido de população que reivindica seus direitos junto ao Estado e “população em situação de rua”, trazendo uma conotação de algo passageiro, que deveria ser revertido pelas políticas públicas (BARBOSA, 2014)

Segundo Frangella (2004) os termos que caracterizam a errância pelas cidades como “sem-teto”, “população em situação de rua”, “homeless” e “sans-abri” são frutos de uma

gradual adequação da realidade desse segmento à noção de exclusão social que vem sendo trabalhada em vários contextos sociais diferentes. Esses termos representam uma espécie de categoria abstrata de reagrupamento das populações que, em diversas épocas históricas, sempre se situaram à margem do sistema de organização social, isto é, fora do sistema de produção e de consumo padronizados.

Atualmente as nomenclaturas “homeless” ou “população em situação de rua” funcionam como termos cuja ressonância política é menos excludente e mais homogeneizadora, em uma tentativa de se contrapor aos termos estigmatizantes utilizados historicamente (FRANGELLA, 2004).

Alt (2017) define população em situação de rua como grupo heterogêneo de pessoas de difícil classificação devido aos seus múltiplos perfis, mas que possui características comuns como miséria, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, inexistência de moradia regular e utilização da rua como local de moradia e sustento, tanto temporária como permanentemente. Além disso, compartilham da invisibilidade social, exclusão e status de marginalização.

1.2 Higienismo e a pobreza como doença

Barbosa (2014) afirma que é importante refletir sobre o local dos saberes médicos na produção de verdades, que são base para intervenção estatal no domínio das políticas públicas para Saúde. Embora o saber médico não elabore uma teoria sobre a vida urbana, oferece elementos para que se possa pensar o modo de organização das cidades. O autor destaca duas correntes que balizaram algumas intervenções sobre as pessoas que circulavam pelas ruas: o Higienismo e a Eugenia, ambas pautadas pelos preconceitos contra a pobreza e trazendo associações diretas entre pobreza, pobres, sujeira, degeneração e doenças.

O Higienismo ganhou força no século XIX, como doutrina a ser incorporada pela Medicina, focada no meio ambiente e nas concepções de assepsia. O livro “A miséria do povo – mãe das enfermidades” do autor Johann Peter Frank ganhou grande aceitação no meio médico, relacionando pobreza à doença. Reformadores sociais da época acreditavam que para debelar uma epidemia não bastava apenas evacuar os dejetos, era necessário também a evacuação daqueles considerados vagabundos e com eles o mau cheiro e a infecção social

(BARBOSA, 2014)

Os pobres eram considerados classes perigosas por serem focos disseminadores de doenças e representarem uma força política capaz de se revoltar. As classes trabalhadoras consideradas sujas e perigosas levaram a questão da saúde para o plano político através de movimentos reivindicatórios, buscando propostas para a compreensão da crise sanitária instalada (CHALHOUB, 2017).

Ocorreu a mudança da percepção do individual para o coletivo, do cuidado ao doente para o cuidado à doença. Assim, as intervenções passaram a se dar a partir dos aparelhos do Estado, que assume a instância do controle social, através de práticas na assistência social e na repressão policial. O enfoque da saúde era o corpo social, mas havia a concepção de desvio social e degeneração como patológicos, com base no discurso eugênico (BARBOSA, 2014).

A preocupação com a saúde da população e a ordem urbana criaram modelos sanitários excludentes significativos no final do século XIX, trazendo a ideia de que os desempregados e miseráveis eram poluidores, perigosos e criminosos (FRANGELLA, 2004).

Segundo Foucault, com a passagem dos regimes monárquicos para os republicanos, o centro das preocupações do poder punitivo deixou de ser a figura do rei e passou-se a haver uma preocupação com o “corpo social”. A adoção de novas medidas de controle social buscava a assepsia da sociedade. As formas de segregar os excluídos eram modificadas, focando na eliminação dos doentes, controle dos contagiosos e exclusão dos delinquentes (FOUCAULT, 1987).

O autor traz também para compreensão das práticas da exclusão social o histórico dos leprosários da Idade Média como ambientes segregadores e de isolamento. A figura do leproso foi sendo substituída no imaginário social por outras figuras consideradas “anormais”, “malditas”, como os pobres, vagabundos, presidiários e ‘cabeças alienadas’ reproduzindo outros fenômenos de exclusão social, como a loucura. Surgem com as cidades uma nova forma de exclusão com o objetivo de ordenar o espaço público através do “Grande Enclausuramento” daqueles considerados loucos, marginais e desviantes, isolando-os do convívio com as pessoas consideradas “normais” (FOUCAULT, 1987).

As práticas abusivas (recolhimento, encarceramento e homicídio) direcionadas aos sujeitos indesejáveis, atravessadas por uma ideologia dominante semelhante à ideologia nazifascista, acentua as contradições existentes na atualidade de um Estado democrático, que adota práticas de exceção, se sobrepondo e afrontando leis e violando direitos. (GATTO, 2017)

O termo higienismo é designado para identificar políticas de limpeza urbana que objetivam retirar moradores de rua e seus pertences dos espaços públicos. Isso ocorre, muitas vezes, por ações da polícia, da prefeitura e de particulares. São exemplos: a prefeitura que retira os pertences da população de rua dos locais em que eles costumam se alojar; a polícia que usa de violência excessiva para abordar e, às vezes, até catalogar as pessoas que estão na rua; os particulares que colocam grades e outros empecilhos para evitar que uma pessoa se acomode na fachada de um prédio ou banco. Tudo isso se dá porque a população de rua, muitas vezes, é vista como uma ameaça ou um transtorno e não como um sujeito de direito de ocupar o espaço da cidade. (ALT, 2017).

No Rio de Janeiro, é importante citar os movimentos entre o final do século XIX e primeira década do século XX (governo Pereira Passos). O ideário modernizante era fazer com que o Rio de Janeiro se tornasse parecido com Paris, tendo sido promovida uma reforma urbana para trazer mais “ordem” para a região central da cidade, eliminando habitações insalubres e cortiços. Nesse sentido, conforme Santana & Soares (2009), as chamadas Reformas Passos são consideradas um marco em matéria de exclusão social:

O objetivo da política higienista iniciada na última década do século XIX era curar uma cidade considerada doente, mas acabou agravando ainda mais a crise habitacional, provocando junto com outros elementos a segregação residencial e a exacerbação da estratificação social na cidade do Rio de Janeiro. Junto a ela surge o processo de expansão física da cidade que através do capital imobiliário imprimia a incorporação de sítios privilegiados na zona sul destinados às classes abastadas.

Também como registro histórico, é importante ressaltar que há relação entre a reforma urbana e a lógica de reforma sanitária, também ocorrida no início do século XX no Rio de Janeiro. Neste ponto, convém trazer a síntese de Silva (2019, p.4) sobre o período:

Além da reforma urbanística, também houve uma reforma sanitária, que ficou a cargo do governo federal, mais precisamente do Serviço de Saúde Pública do qual o médico higienista Oswaldo Cruz foi nomeado Diretor-Geral, em 1903. Antes de mais nada, é necessário relatar o pensamento médico da época que influenciou as medidas tomadas. A medicina social que vinha se constituindo desde 1830/1840 passou a situar as causas das doenças não nos corpos dos indivíduos doentes, mas no próprio meio ambiente, por isso a medicina tornou-se preventiva. Esses médicos foram reivindicar a polícia médica, isto é, ter o poder para intervir em tudo o que pudesse vir a causar doenças, o que incluía demolir habitações insalubres, impondo um controle sob a cidade e sua população com relação às normas sanitárias. Para eles, a desordem urbana era a causadora da degeneração física e moral da população, tendo ela duas causas: a causa natural, que se encontrava na geografia e nas condições climáticas da cidade; e a causa social, que se referia às habitações coletivas e à falta de planejamento da cidade. Desde 1850, os médicos pediam uma intervenção urbana e a normatização do saber e da prática médica, combatendo o saber médico popular denominado charlatanismo. As habitações populares eram consideradas produtoras dos comportamentos desviantes, como os vícios, e a origem das doenças que prejudicavam a saúde dos indivíduos. Assim, havia uma vinculação entre imoralidade, pobreza e saúde; logo, os pobres eram vistos como potenciais criminosos ou mesmo portadores de germes, então havia uma tentativa de disciplinar os indivíduos.

Conforme bem salienta Machado (2011, p.5), além de detectar a doença no “corpo

social da cidade”, o movimento higienista organizou-se como poder político por acreditar que somente a partir dessa esfera de atuação e conhecimento poderia impor as medidas sociais que julgavam serem necessárias. O status político dado aos higienistas se organizava através da polícia médica, o que nos deixa claro a ação racionalizadora sobre a população. O médico não era apenas alguém que detinha conhecimentos, mas também, quem intervinha no espaço, por meio das políticas territoriais restritivas que ajudou a formular.

Ainda neste contexto, destaca CHALHOUB (2017, p. 29):

Identificadas as classes pobres como classes perigosas, o passo quase simultâneo foi enxergar nos pobres o perigo de contágio, tanto no sentido metafórico da pobreza como doença contagiosa, a ensejar uma intervenção sobre os adultos (reprimindo-se os supostos hábitos que levariam à ociosidade) e sobre as crianças (imunizando-as dos vícios de seus pais, mediante a educação); quanto no sentido literal mesmo, ao se diagnosticar que os hábitos dos pobres eram nocivos à sociedade, já que os cortiços onde viviam eram focos de epidemias e terreno fértil para a cultivação de toda sorte de vícios

Nos tempos contemporâneos, o ideário higienista se vê presente em diversas ações ou políticas capitaneadas pelos órgãos estatais no que tange à população de rua: remoções compulsórias, “guerra às cracolândias”, políticas de recolhimento para abrigo e elementos da chamada arquitetura hostil.

Conforme Sayouri (2021), “Arquitetura hostil” se refere a estratégias de design urbano que utilizam elementos para restringir certos comportamentos nos espaços públicos, dificultando o acesso e a presença de pessoas, especialmente pessoas em situação de rua. O termo (“hostile architecture”, em inglês) ficou famoso após a publicação de uma reportagem no diário britânico *The Guardian*, em junho de 2014. A emergência deste estilo de arquitetura hostil data da década de 1990, nas gestões de um desenho urbano que sugere “que só somos cidadãos se estamos trabalhando ou consumindo bens diretamente”. Isto é, não trabalhar e não consumir quer dizer não poder estar presente como cidadão de uma cidade.

Ferraz et al (2015, p. 113) esclarecem que a arquitetura hostil é caracterizada por artefatos implantados ou construídos para ocupar vãos das cidades e edificações. Essa prática desconsidera o direito coletivo à cidade e cada vez mais se prolifera pelo mundo, agindo como uma intervenção de limpeza urbana por meio dos bancos antimendigos, espetos e gradis, pedregulhos e até mesmo o paisagismo espinhoso.

Além de afastar moradores de rua, esses elementos são usados para remover outros grupos sociais mal vistos pelas sociedades como, por exemplo, os usuários de drogas, os ambulantes e os jovens (MELGAÇO, 2010, p. 120).

Mesmo com as recentes políticas públicas de inclusão e diminuição das iniquidades em saúde, ainda é evidente a perspectiva de uma atenção reducionista e discriminatória da

população em situação de rua, onde suas necessidades estão fortemente associadas e limitadas às questões da assistência social e segurança pública. Recentemente o olhar estereotipado sobre a população em situação de rua e a “epidemia do crack”, motivou a sociedade e o Estado a utilizar estratégias de violência, reclusão social e movimentos higienistas nas grandes cidades como recursos para solucionar tais problemáticas, o que gerou grandes impactos na mídia e tensões políticas. (LOUZADA, 2015)

Frequentemente a grande mídia tem classificado e apresentado os “moradores de rua” como um grande problema urbano. Entre os discursos midiáticos, sobressai aquele que associa esse grupo social com a chamada “cracolândia”, que é apontada como um espaço degradante das médias e grandes cidades brasileiras. Esse ideário, dominante e estigmatizante, deixa invisível a condição de vulnerabilidade física e social que assola a população em situação de rua, projetando uma visibilidade negativa sobre essas pessoas e interferindo no reconhecimento desses indivíduos como sujeitos sociais de direitos constitucionais. Essa perspectiva faz com que as pessoas em situação de rua, ao invés de serem consideradas como grupo em maior vulnerabilidade, sejam identificadas como causadoras de insegurança e violência urbana. Tais condições contribuem para que esses próprios indivíduos sintam-se excluídos pela sociedade. (HALLAIS E BARROS, 2015)

As políticas governamentais relacionadas à população de rua são basicamente voltadas para sua eliminação. As autoridades que deviam ampará-los pretendem, de fato, expulsá-los das áreas da cidade que ocupam ou, ao menos, subtraí-los do olhar do cidadão. Para isso, nas ações de fiscalização nas áreas públicas, levam seus poucos pertences, filhos, documentos, desmontam seus barracos precários, dificultando sua existência e intensificando ainda mais a situação de vulnerabilidade que lhes afeta, tornando-os efetivamente e cada vez mais vulnerados. (SOTERO, 2011)

No Brasil as práticas higienistas realizadas historicamente pelo Estado, sempre tiveram como principal objetivo realizar uma limpeza social e étnica das cidades. A retirada à força da população relatada nas primeiras décadas do século XX segue como prática no século XXI. Na cidade do Rio de Janeiro em tempos atuais, a realização de grandes eventos internacionais como Copa do Mundo – 2014 - e Olimpíadas – 2016 - trouxeram as mesmas estratégias de “higienização”. Cidadãos e famílias inteiras foram levados contra a sua vontade, e por meios violentos para abrigos em regiões periféricas e longínquas da cidade. Estas ações trazem, além de danos físicos, mentais e sociais, interrupções no acompanhamento de saúde e tratamentos destes indivíduos (LOUZADA, 2015).

Ainda citando-se como exemplo o Rio de Janeiro, as políticas existentes no município ainda são caracterizadas pela descontinuidade dos projetos e programas, pela cultura predominante do albergamento e da necessária invisibilidade dessa população. Persistem na cidade ações de recolhimento, embora a gestão atual da SMAS pareça estar centrada no acolhimento humanizado, no acompanhamento caso a caso pelos educadores sociais e no reconhecimento das especificidades do indivíduo. Muitas ações, entretanto, podem ser ainda violentas, como o polêmico “Cata-tralhas” e o projeto Zona Sul Legal, trazendo de volta o passado das operações higienizadoras na cidade (DANTAS, 2007).

Ainda dentro das críticas sobre o efeito nocivo da ideologia higienista, da patologização da pobreza e das práticas de arquitetura hostil, convém mencionar um conceito recente: o de aporofobia, que é o medo ou aversão ao pobre. Conforme Rezende & Machado (2021, p.7);

A aporofobia é uma das fontes de práticas de violência contra o pobre, notadamente em razão da situação de vulnerabilidade que se encontra o desvalido (Cortina, 2017, p. 30-31). E, infelizmente, esta patologia é uma realidade brasileira. Numerosos são os casos de violência contra pedintes, miseráveis ou pessoas em situação de rua, que passam despercebidas por grande parcela da população nacional, praticamente esquecidas e invisíveis aos olhos do Estado e da sociedade.

De acordo com Cabral Júnior & Costa (2017, p. 31), os pobres, em especial as pessoas em situação de rua:

[..] jazem em esquecimento em um processo dividido em três etapas: primeiro, desqualificam-se ditas pessoas através de um discurso que as associa à desordem e à insegurança, legitimando a ruptura do contrato social em relação a elas; segundo, a sociedade desvincula-se delas, rejeitando-as e isolando-as, pois improdutivas; e terceiro, elimina-se tal população seja extremamente por intermédio de um extermínio físico, seja pela esterilização, seja pelo genocídio cultural, entre outros.

1.3 Estar e viver a vida na rua

Apesar de o Brasil dispor de inúmeros censos e sistemas de informação, a população em situação de rua não é corretamente contabilizada nessas estatísticas. Com o objetivo de caracterizar o perfil socioeconômico dessa população, foi realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social, no ano de 2008, a Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua, em 71 municípios. Foi identificado que 31.922 pessoas maiores de 18 anos viviam em situação de rua (crianças e adolescentes menores de idade não foram contabilizados). (ENGSTROM e TEIXEIRA, 2016).

Segundo Moura Jr. & Ximenes (2016) estar em situação de rua é consequência de uma estrutura social que representa a faceta mais evidente e perversa da pobreza. O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome relata que

[...] as pessoas em situação de rua constituem uma parcela da população brasileira nos limites inferiores de pobreza e de vulnerabilidade. É uma população que, além de extremamente pobre, é escassamente escolarizada e se compõe predominantemente de negros, que, embora estando predominantemente em idade economicamente ativa, não conseguem inserção no mercado de trabalho formal (BRASIL, 2009, p. 101).

As pessoas optam por estar na rua e sair dela por diversas razões e circunstâncias. É comum as pessoas irem parar nas ruas devido à pressão que os papéis sociais estabelecidos e impostos pela sociedade, seja na família seja no emprego, causam nos indivíduos. Quando essas pessoas não se enquadram nesses padrões pré-estabelecidos pela sociedade, sentem-se fracassadas o que afeta sua autoestima e as colocam em um patamar de inferioridade. Desta forma a rua é o que lhes resta como opção ou mesmo imposição (ALT, 2017).

Silva (2006) explica a multiplicidade de fatores que conduzem as pessoas às ruas. A autora explica que existem fatores estruturais como ausência de moradia, inexistência de trabalho e renda, mudanças econômicas e institucionais de forte impacto social etc.; fatores biográficos, ligados à história de vida pessoal como rupturas de vínculos familiares, doenças mentais, consumo frequente de álcool e outras drogas, infortúnios pessoais – mortes de todos os componentes da família, roubos de todos os bens, fuga do país de origem etc.; e fatores da natureza ou desastres de massas como terremotos e inundações, por exemplo. De uma forma geral a literatura contemporânea concorda que não existe um único determinante que leva as pessoas à situação de rua e elenca fatores como: rupturas dos vínculos familiares e comunitários, a inexistência de trabalho regular e a ausência ou insuficiência de renda, além do uso frequente de álcool e outras drogas e problemas referentes à situação de desabrigo.

Alt (2017) entende que o desemprego e as atividades laborais mal remuneradas não permitem que as pessoas tenham recursos para suprir suas necessidades básicas, levando-as a um estado de miséria social que se aprofunda cada vez mais em consequência do processo de recessão forte que atravessa a economia brasileira. Sendo assim, a população em situação de rua é o retrato mais cruel das desigualdades econômicas e sociais, produtos do modelo capitalista que ao mesmo tempo que produz riquezas, produz a pobreza que exclui, que fragmenta, que fragiliza, que incapacita o indivíduo a conseguir sua autonomia.

A rua torna-se “residência fixa” por um longo período de tempo para algumas pessoas, permanecendo por semanas, meses e anos no mesmo local, muitas vezes dependendo da tolerância de cidadãos domiciliados no entorno (KOOPMANS ET AL, 2019)

Em estudo conduzido por Oliveira (2018), percebeu-se que moradores inseridos na dinâmica formal de uma dada localidade entendem espaços urbanos vazios não apenas de descarte de seus dejetos, mas também como área de ocupação de “pessoas-lixo” – termo utilizado por uma pessoa em situação de rua ao referir-se sobre a maneira pela qual são vistos pelos moradores. A dinâmica do descarte fornece indícios sobre essa percepção dos espaços de lixo. Um pequeno espaço vazio da grande cidade, um espaço de ninguém, é por todos utilizado como depósito de dejetos, entre esses, o refugio.

A situação desfavorável a qual estão submetidos os brasileiros que vivem nas ruas propicia surgimento de conflitos e confrontos constantes, tanto com os poderes públicos quanto com a sociedade civil. A desconfiança com que são percebidos e a aura de perigo que os envolve, por aparentar sujidade, estarem mal vestidos, não disporem de educação formal, bens ou recursos econômicos fortalece uma barreira de preconceito e discriminação difícil de superar. (SOTERO, 2011).

Por não ter essa segurança que o lar oferece, a população de rua está sujeita a um estado constante de vigília e preocupação. As aglomerações de barracos são uma forma de minimizar as agressões e situações de vulnerabilidade. É um modo de seccionar e espaço público do privado, ocupado por eles, delimitando a ação dos demais habitantes da cidade. E em suma, uma tentativa de estabelecer proteção física, mesmo que débil. (SOTERO, 2011)

A associação com sensações de “sujeira”, “falta de higiene” e mesmo “fedor” é enraizada não apenas no senso comum mas também no modo com que o Estado percebe e trata este segmento da sociedade, aí incluindo os serviços de saúde.

Largey & Watson (1972) em seu trabalho sobre o significado social dos odores questionam por que os negros e as pessoas de classe baixa costumam ser estereotipadas como estar "cheirando mal" o que dialoga com a presente pesquisa na reflexão sobre como os supostos mau odores são usados como motivos para evitar uma interação com pessoas em situação de rua. Os autores afirmam que os odores, sejam reais ou alegados, são frequentemente usados como base para conferir uma identidade moral a um indivíduo ou a um grupo, e que tais imputações morais são de fato uma influência significativa nos processos de interação humana.

Ainda segundo Largey & Watson (1972) os estereótipos advindos de preconceitos raciais e de classe muitas vezes derivam de odores alegados e/ou reais, emitidos por grupos específicos e que são muitas vezes referidos como barreira intransponível para estreita interação inter-racial e/ou interclasse, levando a padrões de evitação e segregação. Como

consequência dessa estigmatização que a identidade racial e de classe carregam em termo de odores, a alegação do mau cheiro de um membro do grupo pode ser imputado a priori em vez de percebido "com precisão". Dessa forma, a interpretação do significado do odor pode não refletir a condição ou os costumes do indivíduo ou de seu grupo. Portanto, a distância social pode ser mantida por impressões de mau cheiro convencionalmente impostas, em vez de "realmente percebidas".

A privação do sono é outro ponto a ser abordado. Isso acontece porque, diante do medo, da violência, do frio, do desconforto e do estômago vazio, nenhum ser humano é capaz de ter paz e tranquilidade para dormir a quantidade e a qualidade adequada de horas de sono. Logo, doenças relacionadas ao pouco descanso são comumente manifestadas na população em situação de rua, como estresse, depressão e hipertensão, sendo que essas são fatores de risco e gatilhos para outros problemas mais sérios. (EREM, DENEM, 2017)

Odores, roupas, cor, etnia. A busca pela autonomia e inserção social é dificultada pois a sociedade estigmatiza e desvaloriza a pessoa em situação de rua. O preconceito enraizado traz a visão de que essas pessoas não são aptas para o mercado de trabalho formal, pois são considerados indisciplinados, perigosos, sujos, preguiçosos e etc. Resta dessa forma a esse grupo o papel de mão de obra barata, quase escrava, sem garantias constitucionais e trabalhistas, que serve apenas para trabalhar na coleta de lixo e outros serviços considerados detestáveis pela sociedade (ALT, 2017).

Segundo Barata *et al* (2015) o ato de viver na rua traz um conjunto de infortúnios que agravam ainda mais a situação dessa população: maior discriminação social, ausência ou precariedade de vínculos, sensação de insegurança, ausência de confiança nas pessoas e instituições, exposição a inúmeras situações de risco para a saúde, comportamentos não saudáveis, maior possibilidade de mortalidade e esperança de vida menor.

Apesar da existência das políticas públicas para a população em situação de rua, o tema ainda precisa ser mais explorado, pois esse grupo ainda necessita de muitos fatores para atingir sua dignidade e autonomia. Segundo Alt (2017, p.8) “a pessoa que se encontra em situação de rua sente fome e frio, e, mais do que o atendimento das necessidades essenciais, essas pessoas precisam de meios para se tornarem protagonistas de suas vidas e conquistarem condições de suprir suas necessidades de forma independente”.

Ao mesmo tempo em que as ações do poder público deixam visível a violência estrutural sobre a população em situação de rua, também conferem “invisibilidades” ao negarem o pertencimento deste grupo social na sociedade sugerindo que são “incômodos” que

devem ser invisibilizados e silenciados em seus direitos e reivindicações. (HALLAIS E BARROS, 2015)

A dificuldade no cumprimento dos direitos e as diversas formas de vulnerabilidades que atingem essa população, como exposição às variações climáticas, condições insalubres de moradia e de alimentação, e ações de repressão por parte de políticas de segurança pública, afetam negativamente a condição de saúde dos indivíduos em situação de rua. (HALLAIS E BARROS, 2015).

A questão se torna ainda mais delicada e a vulnerabilidade é potencializada quando se trata de mulheres gestantes em situação de rua. Além da dificuldade em conseguir realizar um acompanhamento de pré-natal, ocorre violação do direito à maternidade quando a criminalização da pobreza e o preconceito racial levam à retirada compulsória de filhos de mulheres em situação de vulnerabilidade (JORGE ET AL, 2022).

Jorge et al (2022) em seu trabalho sobre mães órfãs e o direito à maternidade no Brasil relatam que muitos bebês têm sido retirados de mães em uso de drogas e/ou trajetória de rua. O movimento “Mães órfãs” surgiu em 2014 em Belo Horizonte, quando a prática institucional de abrigo compulsório de filhos de mulheres empobrecidas ou em situação de vulnerabilidade, ganhou visibilidade quando foi oficializada por meio de instrumentos legais e provocou movimentos de resistência. Nas mesmas circunstâncias são relatadas separações compulsórias de mães e bebês nas cidades de Porto Alegre, São Paulo e Rio de Janeiro.

Predomina por parte do poder público a avaliação de que mulheres em situação de vulnerabilidade são incapazes de gerir a própria vida, perderam ou nunca tiveram protagonismo e legitimidade. Subsiste o julgamento moral, a culpabilização da mulher e a recusa à possibilidade de superação de limites. Sendo assim, o desejo pela gravidez, a experiência da gestação e o exercício da maternidade são concebidos, aprioristicamente, como inapropriados para essas mulheres que são pré-julgadas como incapazes de exercer a maternidade, pois seriam propensas a efetuar maus tratos ou mesmo serem negligentes com suas crianças. Importante destacar o papel do Estado e nesse sentido, Jorge et al (2022, p. 520) afirmam:

o aparelho burocrático do Estado tem servido à organização e implantação de técnicas de controle sobre a sociedade e os corpos, cumprindo seu papel no que concerne às táticas de governamentalidade. A utilização de instituições como maternidades públicas, Ministério Público e Vara da Infância e Juventude para separar mães e filhos sob pretextos de drogadição, pobreza extrema ou incapacidade de criar foi fornecendo pistas de que as separações compulsórias correspondem a uma estratégia de governo das vidas, que, ao penetrar nas mais intensas relações humanas, constitui uma prática violenta contra aqueles que se apresentam menos afinados com a razão hegemônica.

Ainda segundo Jorge et al (2022) as possibilidades de vivenciar a maternidade não são

as mesmas para todas as mulheres, portanto é necessário produzir políticas de proteção social que resguardem diferentes maneiras de existir. Paralelamente, faz-se necessário apurar a sensibilidade e o olhar para o cuidado em saúde da gestante em situação de rua.

A situação de rua favorece o aparecimento e/ou a piora de doenças previamente existentes, e a relação com os serviços de saúde agrava ainda mais essa condição. Além da dificuldade em acessar e utilizar os serviços de saúde, as pessoas em situação de rua não conseguem – por diversos motivos - seguir o tratamento indicado, seja de cuidados higiênicos seja de uso de medicamentos na dosagem e tempo prescritos. Acrescente-se também a experiência de discriminação e maus tratos nos serviços de saúde onde são considerados como portadores de “patologia social”, diante da qual os profissionais de saúde sentem-se, ao mesmo tempo, impotentes e sem qualquer responsabilidade. (BRASIL, 2009)

Neste contexto tão adverso, conforme destacado por Dantas (2007), é por meio do pertencimento a um grupo que o indivíduo em situação de rua muitas vezes consegue estabelecer uma sociabilidade positiva, podendo recuperar sua identidade e voltar a se sentir humano, através do reconhecimento de seus valores pelo grupo. Ainda segundo mencionado autor, apesar do grupo ser importante para as trocas afetivas e para a sobrevivência de seus membros, a relação entre seus componentes geralmente é permeada por conflitos, muitas vezes resolvidos pela violência

Essa população, historicamente visibilizada como marginal, dificilmente consegue acessar os serviços de saúde, tornando-se invisível ao próprio Sistema Único de Saúde. (HALLAIS E BARROS, 2015).

Quando não são ignorados, são tratados como objetos da tutela estatal, da filantropia privada ou da caridade das igrejas. Se, por um lado, são tidos como incômodos ocupantes das vias públicas, por outro, sentem-se incomodados pelos olhares que lhes são direcionados. A relação público-privado se mistura no cotidiano do povo da rua. (ROSA, CAVICCHIOLI & BRÊTAS, 2005)

1.3.1 Um histórico de lutas

É no cenário político-jurídico de posituação de direitos sociais com a Constituição de 1998 que nos anos 1990 começam algumas mobilizações em âmbito nacional tendo como

atenção a população em situação de rua. Como evento importante, é possível citar o Fórum Nacional de Estudos sobre População de Rua em São Paulo (1993), que reuniu técnicos e agentes envolvidos em projetos de apoio, articulando entidades governamentais e não governamentais, a partir das experiências bem-sucedidas com catadores e moradores de rua de São Paulo e Belo Horizonte. Em 1995 aconteceu o Grito dos Excluídos, manifestações populares em todo Brasil, com objetivo de dar visibilidade aos excluídos da sociedade, denunciar os mecanismos sociais de exclusão e propor caminhos alternativos para uma sociedade mais inclusiva (KAMI, 2015).

Em 2001 houve dois grandes eventos, o 1º Congresso Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis e a 1ª Marcha Nacional da População de Rua em Brasília. Como relatado por Machado (2020), o Congresso contou com cerca de 1700 participantes, dentre catadores, técnicos e assistentes sociais de 17 estados brasileiros, e mais 3000 participantes da Marcha Nacional da População de Rua. A partir do evento foi formulada a “Carta de Brasília”, que apresenta reivindicações e propostas à sociedade e ao poder público, tais como: reconhecimento da existência da população em situação de rua, inclusão dessa população no censo do IBGE, integração e criação de políticas para atendimento a essas pessoas, integração na política habitacional, garantia de acesso ao SUS e à educação.

Nesta linha do tempo, é importante citar momentos trágicos. Em 19 de agosto de 2004 aconteceu a maior chacina contra a população em situação de rua da cidade de São Paulo. O ataque a 15 pessoas em situação de rua ficou marcado como o “Massacre da Sé”, matando sete pessoas e deixando outras seis com sequelas irreversíveis. O caso segue até hoje sem solução e indenização para as famílias. Na época, o Ministério Público teve dificuldade de levar o caso adiante, já que a única testemunha da chacina também foi assassinada dois dias depois. Apesar de o caso seguir impune, a população de rua e os movimentos sociais ainda lutam por justiça e pelo fim da violência cometida por agentes do Estado. Em homenagem às vítimas do massacre, dia 19 de agosto ficou conhecido como Dia Nacional da População de Rua.^{3 4}

O episódio do Massacre da Sé acentuou a temática da população em situação de rua e trouxe pela primeira vez a necessidade de inclusão do tema na agenda governamental da

³ Conforme noticiado pela Agência de Notícias das Favelas. Disponível em: <https://www.anf.org.br/16-anos-depois-massacre-da-se-e-exemplo-de-violencia-contra-populacao-de-rua/> Acesso em: 03/11/2020.

⁴ Anteriormente: relevante citar a *Chacina da Candelária*, em julho de 1993. Oito crianças e adolescentes foram mortos. <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2015/07/chacina-da-candelaria-sobrevivente-ainda-tem-pesadelos-diz-irma.htm>

Presidência. Em 2005 aconteceu o lançamento do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) formalizado na quarta edição do Festival Lixo e Cidadania que propiciou o espaço de discussões e deliberações essenciais para a materialização de propostas inerentes a População em Situação de Rua (PSR). (MACHADO, 2020)

Como relatado por Machado (2020), com o envolvimento do Movimento Nacional da População de Rua e por iniciativa do Ministério de Desenvolvimento Social (MDS), foi realizado, nos dias 1 e 2 de setembro de 2005, em Brasília, o I Encontro Nacional de População em Situação de rua ampliando a discussão sobre desafios e estratégias para a construção das políticas públicas para a PSR, com a participação de municípios, entidades não governamentais, representantes da PSR e representantes das Secretarias do MDS.

O Encontro teve como intuito principal identificar as principais demandas e desafios existentes neste segmento. Além disto, o Encontro criou forças para iniciar as discussões sobre a formulação da Política Nacional e subsidiou o texto da Lei nº 11.258, de 30 de dezembro de 2005, que altera a Lei Orgânica da Assistência Social e inclui atendimento especializado para a PSR. (KLAUMANN, 2014).

A Pesquisa Nacional (2008) permitiu identificar algumas particularidades e determinantes sociais envolvidos no fenômeno da população em situação de rua, contribuindo para a criação da Política Nacional para a População em Situação de Rua que visa a assegurar o acesso dessa população aos serviços e programas que integram as políticas públicas, incluindo a saúde e a assistência social, resguardar os direitos humanos, potencializar a cidadania e capacitar os profissionais para a assistência a pessoas em situação de rua pautada pelos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (PINTO et al, 2018).

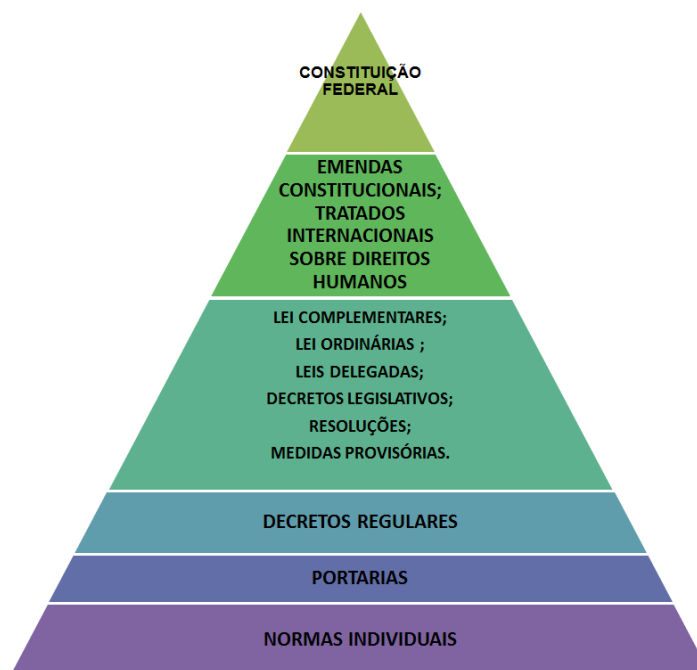
A partir de 2007, o Ministério de Desenvolvimento Social articulou-se com outros ministérios (Ministério das Cidades, da Educação, Saúde, Justiça, Trabalho e Emprego, Secretaria Especial de Direitos Humanos e Defensoria Pública da União), com trabalhadores da área e movimentos populares, o que resultou na produção da Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPSR), instituída por meio do Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 (MACHADO, 2020)

Em 2009 ocorreu a criação pelo Ministério da Saúde das equipes Consultório de Rua, no campo da saúde mental, com ações destinadas a usuários de drogas em situação de rua, como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas e também do Plano Nacional Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (ENGSTROM e TEIXEIRA, 2016).

1.4 Políticas públicas para a população em situação de rua

O principal marco normativo consolidador e orientador de políticas para a população de rua é o Decreto 7.053, de 2009. Trata-se de um marco geral, com diretrizes para diversos campos de políticas públicas, incluindo as de saúde.

Convém destacar que tanto decreto como portarias são normas infralegais, editadas pelo Poder Executivo. Na hierarquia legal encontram-se abaixo da Constituição Federal e das Leis. Nenhum deles cria propriamente “direito novo”, mas regulamentam o exercício dos direitos previstos constitucionalmente e nas leis, aí incluindo toda a parte de Saúde e Assistência Social (Lei 8080/90 - SUS; Lei 8742/93 – LOAS, por exemplo). A ilustração abaixo detalha a relação hierárquica entre as normas, nas quais as portarias encontram-se na base da pirâmide: costumam tratar de situações específicas no âmbito de determinados órgãos ou ministérios, ou esmiuçar procedimentos já previstos em leis e decretos.



Fonte: <https://direitoaojus.blogspot.com/2017/07/piramide-de-kelsen.html>

Feito este esclarecimento introdutório, convém destacar que o Decreto 7053-2009 é rico em apresentar princípios e diretrizes em matéria de políticas públicas para população de rua.

Em relação aos princípios, convém destacar o artigo 5º. Citemos:

Art. 5º São princípios da Política Nacional para a População em Situação de Rua, além da igualdade e equidade:

- I - respeito à dignidade da pessoa humana;
- II - direito à convivência familiar e comunitária;
- III - valorização e respeito à vida e à cidadania;
- IV - atendimento humanizado e universalizado; e
- V - respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência.

Os objetivos da Política são tratados em seu artigo 6º:

Art. 6º São diretrizes da Política Nacional para a População em Situação de Rua:

- I - promoção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais;
- II - responsabilidade do poder público pela sua elaboração e financiamento;
- III - articulação das políticas públicas federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal;
- IV - integração das políticas públicas em cada nível de governo;
- V - integração dos esforços do poder público e da sociedade civil para sua execução;
- VI - participação da sociedade civil, por meio de entidades, fóruns e organizações da população em situação de rua, na elaboração, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas;
- VII - incentivo e apoio à organização da população em situação de rua e à sua participação nas diversas instâncias de formulação, controle social, monitoramento e avaliação das políticas públicas;
- VIII - respeito às singularidades de cada território e ao aproveitamento das potencialidades e recursos locais e regionais na elaboração, desenvolvimento, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas;
- IX - implantação e ampliação das ações educativas destinadas à superação do preconceito, e de capacitação dos servidores públicos para melhoria da qualidade e respeito no atendimento deste grupo populacional; e
- X - democratização do acesso e fruição dos espaços e serviços públicos.

Conforme criticado por Macerata, Soares & Ramos (2014), ao se pensar a relação entre políticas públicas praticadas no âmbito do Estado e o território existencial da rua, vê-se que as lógicas hegemônicas e mais instituídas da cidade conseguem manter poucos pontos de comunicação com a rua. Os autores percebem que há dois modos de intervenção que, na sua grande maioria, tentam lidar com a rua de duas formas: a primeira é a de simples inclusão das pessoas em situação de rua, com o objetivo de moldar e adaptar seus modos de vida aos modos considerados normais, ou “saudáveis”. O outro é de uma relação de isolamento ou extermínio. Atualmente, vemos aumentar assustadoramente o número de práticas muito antigas de higienização da cidade.

Em pesquisa de campo com população de rua, Junior & Belloc (2018) destacam que houve muitas reclamações em relação às abordagens violentas feitas pelos serviços de segurança pública e privada. Para os mencionados autores, isso faz pensar que nesse complexo campo de atuação de políticas públicas, formuladas por um mesmo Estado, há um abismo entre ações fragmentadas, distantes e solitárias.

Ainda segundo Junior & Belloc (2018), o que se impõe como uma constante é a

fragmentação, pois nem a busca por produzir cuidado no âmbito da saúde é uma constante. Também se constata a produção de risco da presença e estigmatização desde os próprios serviços de saúde, muitas vezes culpabilizando o usuário pelo seu padecimento, aprisionando o sujeito em um diagnóstico/preconceito e produzindo também violência.

Os mesmos autores apontaram que o preconceito social que atinge os profissionais de saúde os direciona ao trabalho pautado em diretrizes burocráticas, sendo essa uma das barreiras no acesso das pessoas em situação de rua à rede de saúde. Hauff e Turner (2014), em estudo realizado no Estado de Dakota do Norte, acrescentaram que a estigmatização da PSR e, conseqüentemente, o preconceito reforçam as barreiras nos serviços de saúde. (KAMI, 2015).

O Consultório de Rua foi proposto no Brasil pelo psiquiatra e professor Antônio Nery Filho, de Salvador, e teve como eixo principal a integralidade da atenção à saúde das pessoas de rua, viabilizando o acesso dessa população por meio de uma modalidade de atendimento extramuros, ou seja, em seus próprios contextos de vida. Inicialmente, foi criado a partir de uma experiência denominada “banco de rua”, em função da constatação da vulnerabilidade de crianças e adolescentes em situação de rua (MANCHINI, 2018).

A mudança na proposta e na terminologia para Consultório na Rua surgiu da junção de duas experiências anteriores, o Consultório de Rua, ligado à coordenação da área de saúde mental, e a Estratégia Saúde da Família Sem Domicílio, ligada à atenção básica, resultando na atual proposta de uma Equipe Itinerante responsável pelo cuidado integral de saúde da população em situação de rua. Nessa nova proposta, o Consultório de Rua foi ampliado em relação à composição de sua equipe e à capacidade resolutiva de sua clínica. Com isso, as ofertas da Saúde Mental (SM) e da Redução de Danos (RD) associaram-se às ofertas da Atenção Primária (KAMI, 2015).

Os Consultórios na Rua foram instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica e integram o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidos por essa política (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica estabelecida pela Portaria GM/MS n. 2488, de 21 de outubro de 2011, reconheceu frente à heterogeneidade brasileira, a necessidade de um leque maior de modelagens de equipes de atenção básica, dentre essas, as equipes para atendimento da PSR. Conforme essa legislação, o poder público municipal passou a ser responsável por manter serviços e programas de atenção à população de rua, garantindo padrões básicos de dignidade e não violência, bem como a concretização dos direitos de

cidadania a esse segmento social. (ENGSTROM e TEIXEIRA, 2016).

As equipes de Consultório na Rua (eCR) passam a desenvolver um novo padrão de atenção, com potencial para alterar a ação das eSFs tradicionais, ao adentrar um espaço (território) com um funcionamento muito diferente, que tem a rua como território de vida, território que impõe a quebra da lógica domiciliar da ESF tradicional com uma nova maneira de analisar e atuar no território e no cuidado (KAMI, 2015).

Embora a PNPSR tenha como um de seus objetivos assegurar cuidados de saúde, os serviços assistenciais e de albergamento não dispõem de estrutura e recursos humanos para o atendimento à saúde e não apresentam relações bem estruturadas com a rede de atenção básica. Nesse contexto, um dos desafios para a gestão municipal é implantar uma política intersetorial que contemple ações entre as Secretarias de Assistência, Saúde, Habitação, e Trabalho e Renda, por exemplo. A ausência dessa rede dificulta o cumprimento da equidade no atendimento da população em situação de rua nas unidades básicas de saúde, que geralmente conseguem atenção em serviços de urgência/emergência. (HALLAIS E BARROS, 2015)

Farias et al. (2014), citados por Valle & Farah (2020, p.16) afirmam que são recorrentes os sentimentos de vivência de preconceito e discriminação nos serviços de saúde. A vivência de situações preconceituosas e segregadoras nos serviços de saúde demonstram que ainda há um caminho longo a ser percorrido para a implantação da PNPSR (2009).

As eCR assumem um grande desafio de não se tornar o único espaço de saúde disponível e preparado para o atendimento da população em situação de rua. No entanto, tal responsabilidade torna-se extremamente pesada no cotidiano de trabalho, pois construir diariamente redes que consigam oferecer a retaguarda necessária para casos complexos geram constantes enfrentamentos com outros serviços, desgastes e o sentimento de solidão na equipe, o que coloca a necessidade de se pensar em estratégias e ferramentas de cuidado da equipe e apoio para o trabalho. (LOUZADA, 2015)

Percebe-se que a não efetivação do trabalho em equipe ainda se configura como grande problema na Atenção Básica, visto que a lógica da Estratégia Saúde da Família seria o trabalho articulado na equipe para que esta consiga desenvolver, na prática, um trabalho qualificado em saúde. A resolutividade está diretamente relacionada com o trabalho efetivo da equipe multiprofissional. A troca de saberes e experiências é uma prática colaborativa que promove entrosamento entre os profissionais e proporciona melhores serviços de saúde para os usuários e trabalhadores (Souza, 2018, p.33).

Os Consultórios na Rua são formados por equipes multiprofissionais e prestam atenção integral à saúde de uma referida população em situação de rua in loco. As atividades são realizadas de forma itinerante desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e integradas também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

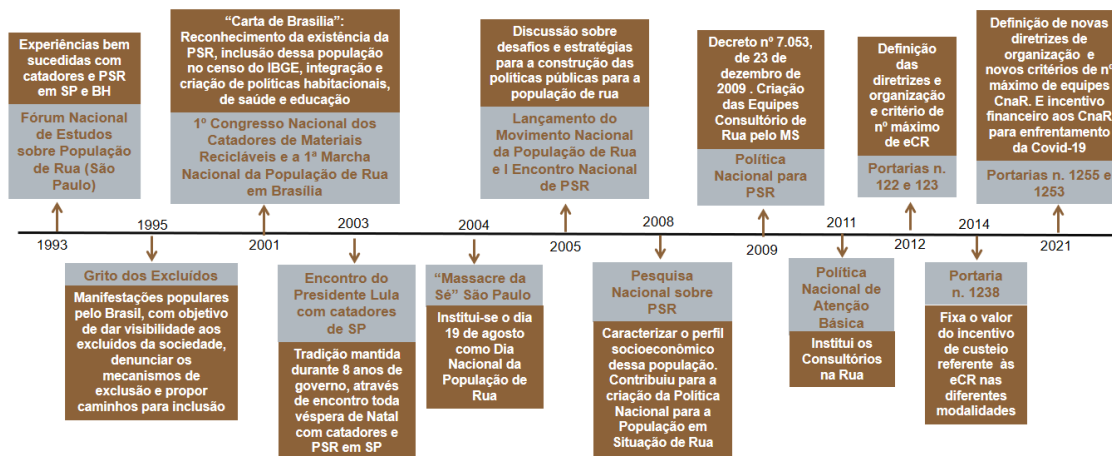
A eCR deve configurar-se, assim, como a principal porta de entrada dessa população para a rede de serviços e deve atuar integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), assim como a outras redes intersetoriais, tendo a função de ordenamento da rede, inserindo o atendimento das pessoas em situação de rua nos mais variados espaços do SUS e de outras políticas públicas. Em sintonia ao modelo de APS adotado no país, propõe-se que a eCR desenvolva ações de saúde individuais e coletivas, promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, considerando o contexto de vida dessa população (ENGSTROM e TEIXEIRA, 2016).

Em 2012, foi publicada uma Nota Técnica Conjunta da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e do Departamento de Atenção Básica com o intuito de esclarecer as dúvidas mais comuns de gestores e equipes acerca da publicação das Portarias Nos 122 e 123, de 25 de janeiro, que afirmavam: “a proposta do Consultório de Rua, até então ligada à Coordenação Nacional de Saúde Mental, passa a ser denominada Consultório na Rua, sendo agora uma modalidade de equipe de Atenção Básica” (MANCHINI, 2018).

No ano de 2021 foram publicadas duas novas portarias: Portaria 1255 de 18 de junho de 2021 que dispõe sobre as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na rua e os critérios de cálculo do número máximo de eCR, por município e Distrito Federal e Portaria 1253 de 18 de junho de 2021 que institui, em caráter excepcional, incentivo financeiro federal de custeio aos municípios e Distrito Federal com equipes de Consultório na Rua, para o enfrentamento da emergência em saúde pública de importância nacional decorrente de Covid-19.

Sumariando o histórico de lutas e o panorama normativo apresentado acima, apresentamos o seguinte quadro sinótico:

Histórico de luta e consolidação de Políticas Públicas para a População em Situação de Rua



Fonte: A autora, 2022.

1.5 Estigma como conceito e como prática

1.5.1 Estigma como conceito

A pessoa em situação de rua encontra-se em um estado de pobreza extrema que contribui para um processo de discriminação, e a insere em um processo depreciativo histórico. Segundo Moura Jr. & Ximenes (2016) a pobreza repercute geralmente de forma danosa na vida dos indivíduos situados nessa condição, desde a construção de uma identidade baseada em atitudes de inferioridade, de passividade e de violência até danos nas condições físicas de saúde e no bem-estar pessoal. Essas repercussões podem estar associadas ao desenvolvimento da identidade social de pobre que tem uma perspectiva histórica estigmatizante. Esses indivíduos são reconhecidos em papéis sociais de vagabundo, de causa de mazelas sociais e de culpado pela sua situação, podendo repercutir em sentimentos de inferioridade e de incapacidade, que afetam sua autoestima e ajudam no processo de autoisolamento social.

Estar em situação de rua e conviver ou mais corretamente, sobreviver em um espaço

urbano, traz um contexto de conflitos e contradições sociais aonde se potencializam os estigmas e preconceitos.

O discurso social constrói uma imagem e reproduz no cotidiano que a pessoa em situação de rua é perigosa, suja, não trabalha, escolheu essa vida, que morador de rua e mendigo são a mesma coisa e que só precisa de um teto para resolver o problema etc. A imagem do morador de rua está associada no imaginário social ao medo, alcoolismo, mendicância, vadiagem, toxicod dependência e delinquência. Sendo assim, estes rótulos representam símbolos de desqualificação real ou ilusória que trazem uma associação negativa à imagem do morador de rua e os (des) identificam como pessoas (CARAVACA-MORERA & PADILHA., 2015).

A obra de Erving Goffman (1981) intitulada “Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada” é o marco teórico sobre o estudo do estigma. Segundo o autor (1981, p.5) a expressão surgiu:

com os gregos, que tinham bastante conhecimento de recursos visuais e criaram o termo estigma para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem o apresentava. Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o portador era um escravo, um criminoso ou traidor – uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada, especialmente em lugares públicos.

Goffman (1981) traz o conceito de estigma como sendo a situação em que o indivíduo está inabilitado para a aceitação social plena, dotado de algum atributo profundamente depreciativo. As pessoas em situação de rua sofrem cotidianamente com esse estigma.

A teoria do estigma, construída socialmente traz uma ideologia para explicar a inferioridade do indivíduo estigmatizado e constatar o perigo que ela representa racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social. Ainda, conceitua como “um sinal visível de uma falha oculta, iniquidade ou torpeza moral proporcionando ao indivíduo um sinal de aflição ou um motivo de vergonha” (GOFFMAN, 1981).

De acordo com esse conceito, a sociedade atribui ao portador desse atributo, uma caracterização ruim, negativa, classificando o indivíduo estigmatizado como inferior ou perigoso.

Segundo Goffman (1981) há dois tipos de portadores de estigma: o indivíduo que possui um estigma não visível e que tem a possibilidade de manipular ou não a informação sobre ele; e aquele visivelmente estigmatizado, vulnerável às tensões geradas no convívio social e que gera desconforto e incômodo na interação. Tanto a pessoa estigmatizada como quem estigmatiza tendem a desenvolver mecanismos protetores que se manifestam por

condutas de afastamento. A pessoa em situação de rua além do estigma da sua condição social e dos seus modos de vida, pode sofrer também com estigma de doenças que podem lhe acometer. Esses indivíduos se tornam ainda mais vulneráveis pois além das situações de discriminação que vivenciam diariamente, normalmente não possuem uma rede de suporte social, emocional, afetivo e prático e não confiam nas instituições nem nas pessoas com as quais convivem.

A partir de Goffman, outros autores conceituaram o estigma no mesmo sentido. Furtado & Ronzani (2010, p.327) descrevem estigma como uma “marca física ou social de conotação negativa ou que leva o portador dessa “marca” a ser marginalizado ou excluído de algumas situações sociais, apresentando forte impacto no valor atribuído a uma determinada identidade social”. Segundo os autores, a estigmatização traz o reconhecimento da diferença com base em alguma característica distinguível, ou “marca” e a conseqüente desvalorização da pessoa estigmatizada.

A sociedade vê o estigma como uma mancha infame e quase contagiosa e, assim, para evitar a “contaminação” exclui o agente “contaminador”. O indivíduo estigmatizado é tido como inferior e portanto, excluído pela sociedade. As autoras Schilling & Miyashiro (2008, p.248) afirmam que o estigma traz o sentido de:

Marca ou cicatriz deixada por ferida; qualquer marca ou sinal; mancha infamante e imoral na reputação de alguém; sinal infamante outrora aplicado, com ferro em brasa nos ombros ou braços de criminosos, escravos etc.; aquilo que é considerado indigno, desonroso; falta de lustre, brilho ou polimento; moral; desonra, descrédito, infâmia, demérito, descrédito, desluzo, enxovalho, infâmia, labéu, mácula, nódoa, perdição, perdimento, raiva, vergonha.

Furtado e Ronzani (2010) relacionam o estigma com outros três conceitos, sendo eles: estereótipos, marginalidade e desvio. Segundo os autores, estereótipo é uma marca que identifica o pertencimento a uma categoria. Marginalidade “estaria relacionado ao pertencimento a um grupo social estatisticamente incomum sobre certo atributo”. E o conceito de desvio “seria entendido como um comportamento ou condição que envolve um indesejável desvio da normalidade em relação a um padrão específico” (FURTADO; RONZANI, 2010, p. 329).

A estigmatização ocorre quando pessoas, normalmente imbuídas de preconceitos, atribuem rótulos e estereótipos negativos a determinados comportamentos marginalizados ou fora do padrão socialmente estabelecido. Os preconceitos influenciam direta ou indiretamente na pessoa alvo dessa prática, no sentido de gerar uma internalização pela pessoa estigmatizada dos rótulos que lhe são atribuídos (ALT, 2017).

Segundo Goffman (1981), o que irá determinar se um dado atributo será ou não

considerado um estigma não é o atributo em si, mas o contexto de relações em que ele está inserido. Pessoas com comportamentos como ficar nas calçadas, portar bebida alcoólica, pedir esmola, aceitar doações de alimentos ou cobertores, são vistas como “quem não quer trabalhar”. De modo que ser visto como um (não) trabalhador está ligado a um universo de representações que dialogam com uma série de valores éticos e morais (DINIZ, 2016).

Goffman (1981) afirma que a estigmatização é uma construção dinâmica que pode aparecer devido a três situações específicas: as abominações do corpo (deformidades físicas, amputações, doenças mentais, etc.); culpas de caráter individual (vontades fracas como o consumo de crack e a moradia na rua) e estigmas tribais de raça, nação e religião; e que são transmitidos pelas interações diárias com os demais atores sociais através da linguagem. Nessas três tipologias pode-se encontrar uma característica convergente relacionada com a presença de uma pessoa que poderia facilmente fazer parte de uma relação social, porém esta é afastada por causa desse traço que chama a atenção e não é socialmente aceito, preponderando o estigma sobre outros atributos positivos. Curioso refletir como o autor classifica a moradia na rua como uma culpa de caráter individual, o que nos faz traçar um paralelo com o nosso contexto atual, em que a sociedade de uma forma geral costuma culpabilizar as pessoas de rua por estarem nesta situação.

O autor discorre sobre os conceitos de normalidade e desvio, sendo assim a normalidade descreve a relativa e coletiva natureza do estigma, já que existe um perfil com atributos sociais para demarcar o que uma pessoa ideal deve ser e fazer. As pessoas que não se enquadram nessa lista tendem a ser desvalorizadas, e as pessoas desvalorizadas são estigmatizadas limitando de forma exponencial a interação social com os outros. O autor entende que as visões e os rótulos de “normais” e “estigmatizados” são geradas durante os contatos sociais, em virtude de normas cumpridas versus não cumpridas (GOFFMAN, 1981).

As pessoas em situação de rua vivenciam muitas vezes uma dinâmica da perda do sentido da vida, do sentimento de pertença, do apego e da identidade familiar e individual, que são fundamentais ao fortalecimento das competências psicossociais e cívicas. Nesse processo de perdas, também é explicitado o processo de identidade e desfiliação individual, também social e coletiva (CARAVACA-MORERA; MATA-CHAVARRIA; PADILHA, 2019).

O sociólogo francês Robert Castel (1997) traz o conceito de desfiliação social como tendência ao enfraquecimento, ou a ruptura dos laços sociais que ligam o indivíduo à sociedade, como consequência da conjunção da perda do trabalho, degradação dos vínculos e

isolamento relacional, levando à vulnerabilidade social do indivíduo. Segundo Castel (1997, p. 26) “é a vulnerabilidade que alimenta a grande marginalidade ou a desfiliação”. Ainda de acordo com o autor a desfiliação social tem o efeito de distanciar uma determinada fração social do que comumente se entende como cidadão de direitos.

A população em situação de rua sofre com a rejeição da sociedade e com a negação do direito à saúde. Caravaca-Morera, Mata-Chavarria & Padilha (2019, p.10) entendem que

o enfraquecimento do lugar de sua condição de cidadania também se observa na perda da saúde como ideal e valor, das condições de qualidade de vida e até mesmo de sobrevivência. Este último sendo marcado pela suspensão dos direitos produzidos pelo estado de exceção em regra [...] Nesse sentido, na rua [...] coexistem o estado de exceção e os direitos humanos não reconhecidos dessa população.

Neste ponto, conforme Foucault, a partir do conceito de Biopoder, este parece funcionar mediante a divisão entre as pessoas que devem viver e as que devem morrer. Na linha de Foucault, o próprio viés racista partiria da distribuição da espécie humana em grupos, subdivisão da população em subgrupos e estabelecimento de uma cesura biológica entre uns e outros. Racismo é uma tecnologia destinada a permitir o exercício do biopoder, “este velho direito soberano de matar”. Na economia do biopoder, a função do racismo é regular a distribuição de morte e tornar possíveis as funções assassinas do Estado (MBEMBE, 2018).

Para além desta abordagem sobre Biopoder, é importante a reflexão sobre a abordagem dos conceitos de necropolítica e necropoder, do filósofo Mbembe. A síntese do pensamento deste autor baseia-se na ideia de que

a expressão máxima da soberania reside, em grande medida, no poder e na capacidade de ditar quem pode viver e quem deve morrer. Por isso, matar ou deixar viver constituem os limites da soberania, seus atributos fundamentais. Ser soberano é exercer controle sobre a mortalidade e definir a vida como a implantação e manifestação de poder (MBEMBE, 2018, p. 5).

Nesta visão (Mbembe, 2018), tais conceitos permitem explicar as várias maneiras pelas quais, em nosso mundo contemporâneo, armas de fogo são implantadas no interesse da destruição máxima de pessoas e da criação de "mundos de morte", formas novas e únicas da existência social, nas quais vastas populações são submetidas a condições de vida que lhes conferem o status de "mortos-vivos”.

Segundo Caravaca-Morera, Mata-Chavarria & Padilha (2019, p.10) o atual regime necropolítico funciona de tal forma que condena determinados segmentos da população à (in) morte direta. Este grupo indesejado de indivíduos segregados pela sociedade em nome de uma ordem e segurança públicas, é visto como propagador do medo e da insegurança. Os autores complementam que

Embora atualmente a sentença de morte não seja mais utilizada como meio formal de extinção do "problema dos moradores de rua", ainda podemos ver estratégias de

extinção dessa população abandonando-os, desfiliando-os e deixando-os morrer.

Escolher um atributo considerado anormal e aplicá-lo a um indivíduo, ignorando as características positivas que ele venha a ter, são processos de desqualificação, rotulação e estereotipação que promovem a origem e a reprodução dos estigmas. O ato de rotular, desqualificar e descrever pejorativamente os indivíduos, gera uma cisão na sociedade em grupos definidos como “nós” e “eles”. O grupo dos “nós” é caracterizado pelo conjunto de valores que edificam uma visão de uma pessoa “normal” expresso sob a visão dominante da sociedade. O grupo dos “eles” é caracterizado por todas as pessoas que são diferentes de “nós”, e portanto rotuladas e diminuídas”. (CARAVACA-MORERA & PADILHA, 2015, p. 60).

A segmentação entre “nós” e “eles” nos remete à conduta de ver a pessoa em situação de rua como “inimigo”, “bandido”, “agressor”, semelhante ao fundamentado no direito penal do inimigo que Günter Jakobs promoveu em 1985 para se referir às normas que deveriam ser incluídas no Código Penal alemão. A ideia era penalizar condutas que, sem serem praticadas, teriam comprometido o bem jurídico, ou seja, a pessoa é punida não pelo ato cometido, mas pela periculosidade do possível ato. Dessa forma, o indivíduo em situação de rua seria considerado perigoso e portanto um inimigo, simplesmente pelo seu modo de viver e pela sua aparência física (CARAVACA-MORERA; MATA-CHAVARRIA; PADILHA, 2019).

A estigmatização que estes indivíduos vivem ao serem considerados como inferiores colabora com o processo de deterioração da identidade e produz efeitos devastadores no autoconceito, na autoestima e na autoimagem. Em uma sociedade onde a estigmatização da população de rua é tão frequente, faz-se necessário compreender esta prática com a finalidade de atender os danos e os sentimentos que causa na vida destes corpos estigmatizados (CARAVACA-MORERA & PADILHA, 2015).

Aos olhos de uma sociedade preconceituosa e estigmatizadora, a pessoa em situação de rua, rotulada como mendigo, indigente, marginal, é transgressora de uma ordem socialmente dada de organização do espaço e portanto, seu modo de ser e de agir espelham uma desordem. Seu modo de viver é enxergado como de um indivíduo *vagabundo*, *malandro*, *vadio* ou quando muito coitado; ele é o outro, o que não faz parte, que precisa ser afastado ou reintegrado, um outro que não reconhecemos como um igual, um outro que vive na exclusão. Dessa forma, a pessoa em situação de rua é vista pela sociedade como um grupo que oferece risco, e não como um grupo que se encontra em risco (VIEIRA; BEZERRA; ROSA, 2004).

Reconhecer este outro como um igual, é se deixar atravessar pelas histórias dessas

peças, é se permitir ouvir o que elas têm a dizer. A desconstrução do estigma implica em olharmos para o “lado interno” desses sujeitos, para além de sua aparência externa existe nome, sentimentos, necessidades e desejos assim como todos “nós”. Ao entender o que acontece com essas pessoas, aquilo que parecia ao nosso ver estranho, passa a ter uma história e com ela significados diferentes que mudam o nosso olhar.

1.5.2 Estigma como prática

Estigma e estigmatização são categorias relevantes em termos teóricos para a presente pesquisa, mas que podem gerar reflexos na prática dos profissionais de saúde. Neste sentido, segundo Corrigan:

O termo estigma pode ser definido como marca física ou social de conotação negativa ou que leva o seu portador a ser marginalizado ou excluído de algumas situações sociais. O estigma pode impedir as pessoas de procurarem ou participarem plenamente dos serviços de saúde, sobretudo devido à ameaça de desaprovação social ou autoestima diminuída que acompanha o rótulo, gerando, portanto, serviços subutilizados, dificultando o acesso de quem mais precisa deles (CORRIGAN, 2004, p 616).

Moura Jr. & Ximenes (2016) apontam para importância dos profissionais que atuam junto ao público em situação de pobreza estarem atentos aos mecanismos reprodutores de estratégias de estigmatização que atribuem rótulos e estereótipos negativos a determinados comportamentos, pois podem ser nas formas de reconhecimento desenvolvidas por esses profissionais que essas práticas se manifestam. Assim sendo, o profissional deve ter uma postura reflexiva e crítica sobre sua atuação, como forma de estar vigilante, criar estratégias e ações de emancipação e de transformação social e não reproduzir armadilhas ideológicas em seus espaços de trabalho.

As pessoas em situação de rua sofrem com o preconceito e despreparo de alguns serviços e profissionais que partem da não escuta das suas necessidades e resultam no não atendimento às suas demandas. Muitas vezes, são vítimas de ações higienistas por parte do poder público, que levam à apartação social desconsiderando a dignidade da vida e os direitos humanos.

Antunes, Rosa & Brêtas (2016) em artigo que discorre sobre as relações existentes no processo de ressignificação da vida na rua a partir do diagnóstico de uma doença socialmente estigmatizante, entendem que o estigma pode ser reconhecido como um marcador de

diferenças individuais e grupos sociais. Porém, não se trata de atributo fixo, e sim de uma construção social e cultural, histórica e mutável, e que estabelece relações de desvalorização do outro. Assim, insere-se em contextos e processos socialmente construídos. Os autores afirmam a importância dos profissionais de saúde compreenderem os processos de adoecimento e seus desdobramentos nos diferentes contextos sociais, não permitindo que posturas preconceituosas rotulem as pessoas em situação de rua como doentes, viciados, ladrões, agressivos ou perigosos. O preconceito impede os profissionais de enxergarem a pessoa como ela é em sua essência, de descobrir o que ela sabe e o que ela necessita.

Posturas profissionais estigmatizadoras acabam por aprofundar as condições socialmente dadas de vulnerabilidade, afastando os profissionais de saúde de sua função principal de acolher as demandas e necessidades dos usuários, e de interferir favoravelmente nos condicionantes e determinantes do processo saúde/doença (FRIEDRICH et al, 2019).

Profissionais dos serviços públicos incapacitados e inaptos para atenderem a população em situação de rua produzem um círculo vicioso de negação de direitos, produzindo mais marginalização, estigma e preconceitos. O cuidado ao indivíduo em situação de rua exige além da competência técnica do profissional, determinadas qualidades humanas, como a solidariedade e a intencionalidade, para compreender a pessoa a ser cuidada e para que este cuidado seja prestado a partir das demandas dela (FRIEDRICH et al, 2019).

Em linha semelhante, Carneiro Junior, Jesus & Crevelim (2010) afirmam que entender a população em situação de rua como uma questão social é pertinente, pois suas condições de vida determinam processos de saúde-doença-cuidado muito diferenciados, exigindo novos arranjos tecnoassistenciais e políticas públicas.

As questões ligadas à saúde da população em situação de rua são complexas pois estas pessoas vivem em condição de vulnerabilidade, reforçada pela desigualdade de acesso aos direitos fundamentais e pelo estigma que acompanha sua condição – o que as afasta das condutas saudáveis e também dificulta seu acesso aos serviços de saúde (SILVA JUNIOR & BELLOC, 2018).

Ainda com relação à estigmatização reproduzida dentro dos próprios serviços de saúde, Silva Junior & Belloc (2018) afirmam que muitas vezes, os profissionais culpabilizam a pessoa em situação de rua por suas condições precárias, aprisionando o sujeito em um diagnóstico/preconceito e produzindo também violência.

A reflexão sobre a aplicação de rótulos e culpabilização dos sujeitos por seus infortúnios também está presente no trabalho de Alt:

Além das repercussões de que o estigma afeta o estigmatizado, também existe outro viés prejudicial. A situação é agravada quando os profissionais que lidam com pessoas estigmatizadas aplicam o rótulo, agindo de forma a responsabilizar o indivíduo por aquela situação. Isso se reflete também na elaboração, ou não elaboração, de políticas públicas para o segmento estigmatizado. Políticas públicas moralizadoras com ações repressivas reforçam o estigma (ALT 2017, p. 44).

Caravaca-Morera & Padilha (2015) descrevem as experiências cotidianas dos moradores de rua e os significados atribuídos ao crack. Refletem sobre a situação relacional entre as condutas de risco realizadas pelos moradores de rua (catar comida do lixo, prostituição sem proteção), a ausência de atenção de saúde e o que é preconizado na Lei 8080/90 e observam ambiguidades e contradições substanciais. Segundo os autores (2015, p. 61) “o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, longe de atender aos moradores de rua sob os conceitos gerais de universalidade, integralidade e equidade, aparta estes sujeitos e os exclui do seu lócus de atendimento”. Os participantes de sua pesquisa denunciam a ausência destes atendimentos. Sendo assim, consideram oportuno que o Estado e o Sistema de Saúde atual elaborem e executem estratégias de ação orientadas à atenção que a precariedade das condições de quem está em situação de rua acarreta.

Ainda na pesquisa de Caravaca-Morera & Padilha (2015), a partir dos relatos dos moradores de rua, foi reconhecida que a permanência dos indivíduos nas praças e outros lugares públicos é indesejável pela maioria da população. Goffman (1981) entende que isso acontece porque os “normais” constroem uma teoria social do estigma, que justifica ideologicamente os atos de violência/ discriminação que são realizados com o intuito de comprovar o perigo (as vezes inexistente) que os estigmatizados representam; portanto acreditam que o indivíduo com um estigma merece ser excluído ou maltratado. Os estigmatizados possuem uma marca (imaginária ou física), que significa que sua identidade social é deteriorada para conviver com os outros.

Diversos autores relatam em suas obras as barreiras de acesso aos serviços públicos impostas à população em situação de rua. Omerov et al (2019) em revisão integrativa sistemática sobre experiências e necessidades de saúde e assistência social para pessoas em situação de rua, relatam barreiras estruturais e organizacionais como a burocracia e o horário de funcionamento rígido de determinados estabelecimentos, assim como a discriminação e o estigma, como dificultadores do acesso dessas pessoas aos cuidados de saúde e sociais. Os autores descrevem aspectos prejudiciais das relações profissionais como tendo um efeito negativo no bem-estar dos indivíduos, na vontade de buscar atendimento e na percepção do acesso aos cuidados. Trabalhos relatam que as pessoas em situação de rua se sentem desapontadas porque as promessas feitas por assistentes sociais não foram cumpridas e houve

experiências de não serem ouvidos, não se sentirem acolhidos, nem cuidados, e serem até mesmo humilhados ao procurar atendimento profissional.

São citados também como barreiras estruturais e organizacionais para a busca de assistência médica e social, no trabalho de Omerov et al (2019): falhas na administração, falta de flexibilidade, horários inconvenientes, superlotação dos lugares, localização dos serviços em áreas de difícil acesso e recusa de cuidados por desconfiança na equipe e nos serviços disponíveis, muitas vezes ligado à ausência de profissionais da atenção primária para prestar os cuidados. Além de descreverem os sistemas de saúde e assistência social como burocráticos (exigência de documentos) e desconectados uns dos outros.

Friedrich et al (2019) entrevistaram trabalhadores de uma equipe de consultórios na rua (eCR) na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, que apontaram como barreiras para o acesso aos usuários da eCR: o estigma, a rede de serviços compartimentalizada, a falta de recursos/serviços de saúde mental no município, a burocracia dos processos de cuidado e a territorialização. Segundo os autores:

a população em situação de rua distancia-se do sistema de saúde, chegando a temer a ação de serviços e trabalhadores responsáveis pelo seu cuidado, comparando-se a uma espécie de “lixo social”. Como reflexo desse estigma, os usuários percebem-se menos humanos que o restante da população, geralmente acusados pelo olhar do outro e na maneira como são tratados ou destratados, sobretudo quando estão frente a frente com um trabalhador de saúde. (FRIEDRICH *et al*, 2019, p.7).

Muitas vezes os profissionais de saúde não estão capacitados para o atendimento dessa população, porque desconhecem suas particularidades, e reproduzem estigmas e rótulos (FRIEDRICH ET AL, 2019).

Outro fator limitador do acesso está relacionado à percepção de que as necessidades dos usuários não são passíveis de serem compartilhadas com outros níveis de complexidade, exigindo interações com outros setores e instituições da rede de atenção à saúde. Aliado a esse fato existe a falta de integração da rede de serviços, evidenciando um sistema de saúde que ainda não consegue realizar a transformação do modelo de atenção atuando, predominantemente, sob a lógica do paradigma biomédico, o que interfere nos fluxos mais contínuos de acesso aos diferentes níveis de atenção de acordo com as necessidades dos usuários (FRIEDRICH et al, 2019).

Barreiras burocráticas estão presentes inclusive nos serviços de atenção primária que deveriam ser a porta de entrada preferencial de todos os cidadãos ao sistema de saúde pública. Friedrich et al (2019, p.10) citam como responsáveis pela exclusão desse grupo de usuários: “as regras, horários e rotinas dos serviços que nem sempre são inclusivas, à medida que não possibilitam flexibilizar sua programação”. Muitos profissionais possuem a fala de que as

peessoas em situação de rua não querem esperar para ser atendido, querem ser atendidos na hora que chegam, porque não sabem cumprir regras.

Pode-se citar como barreira à circulação e acesso da população em situação de rua à rede, além da excessiva burocratização, a impessoalidade na oferta dos procedimentos, em detrimento do acolhimento. Desta forma, esses serviços e profissionais de saúde parecem não atuarem de forma a estimular a transformação das relações usuários-serviços/profissionais, no sentido de estimular sua emancipação buscando reduzir suas vulnerabilidades biológicas e/ou sociais (FRIEDRICH et al, 2019).

Ainda conforme Friedrich et al (2019), outra barreira burocrática comum refere-se à territorialização quando exercida como delimitação geográfica de acesso, reduzindo a área a uma linha tracejada no mapa. O ato de territorializar os serviços, acaba expressando seu significado imediato de definir e criar limites de atuação, sendo usado como argumento de exclusão, acentuando a iniquidade em saúde.

Exigências de comprovantes de residência para atendimento em unidade de atenção primária e de documentos de identificação para conseguir retirar medicamentos nas farmácias dessas unidades, também são barreiras ainda enfrentadas pela população de rua. Segundo Valle & Farah (2020), para resolver essa questão, foi instituída a Portaria nº 940 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) que regulamenta que o Sistema Cartão Nacional de Saúde dispense a comprovação de endereço domiciliar da população em situação de rua. Infelizmente, a portaria ainda é pouco conhecida e seu cumprimento ainda é uma expectativa. A falta de documentos além de ser uma barreira de acesso aos serviços e programas governamentais, dificulta a obtenção de um emprego formal e o exercício da cidadania, mergulhando ainda mais essas pessoas em um mundo de vulnerabilidades e iniquidades.

A territorialização exige a existência de um vínculo que a pessoa em situação de rua não possui, o que implica em afastamento da condição de cidadania. As pessoas que estão na rua “não possuem o direito à propriedade resguardado, já que seus pertences, incluindo documentos, são constantemente violados, inclusive pelo poder público, e isso acarreta a impossibilidade de apropriação de outros direitos” (VALLE & FARAH, 2020, p. 17).

Ainda segundo Valle & Farah (2020), expandir o atendimento das pessoas em situação de rua para todas as unidades básicas de saúde é prioritário, pois de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2011), a vinculação do indivíduo a uma UBS facilita o desenvolvimento de sua conexão com os serviços de saúde, favorece o seu acompanhamento, e possibilita que o profissional de saúde conheça sua realidade. Essas ações são fundamentais

para o desenvolvimento do cuidado integral e contribuem para o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde. É primordial a flexibilização na territorialização, em se tratando de pessoas em situação de rua, pois o acesso a uma única UBS, como normatizado pelos municípios, não é capaz de atender a este grupo socialmente vulnerável, que convive com inúmeras particularidades da vivência nas ruas.

As barreiras de acesso evidenciadas no estudo de Friedrich et al (2019) fazem com que as pessoas em situação de rua raramente cheguem espontaneamente aos serviços de saúde, ou cheguem apenas em situações críticas de urgência, o que leva a um aprofundamento da situação de vulnerabilidade.

Em pesquisa sócio-histórica utilizando histórias de vida de moradores de rua de Florianópolis, Santa Catarina, Caravaca-Morera, Mata-Chavarria & Padilha (2019) relataram históricos de discriminação, rejeição, maus-tratos ou negação de atendimento por profissionais de saúde e pessoas que trabalhavam em serviços de emergência.

Silva Junior & Belloc (2018) ressaltam a importância de tornar a prática do cuidado às pessoas em situação de rua híbrida de valores e saberes diversificados para potencializar a integralidade pela abertura à alteridade. O cuidado para ser integral não pode ser focado no conhecimento biomédico.

Conforme destacam Silva Junior & Belloc (2018, p.1072):

É preciso que o profissional de saúde saia das estruturas/armaduras institucionais e entre em contato com o fora, no corpo a corpo com a rua, com toda a sua carga simbólica e imaginária. Dessa forma, potencializar a integralidade pela abertura à alteridade é se colocar ao lado, é permanecer suscetível, é afetar-se pela rua, é romper com o estigma, com os preconceitos. Compreende, às vezes, suportar o cheiro, suportar o estigma e se contaminar com a pessoa sujeita ao não ser, ao contrário de relacionar-se com os pré-conceitos que causam esse desaparecimento.

A população em situação de rua sofre de variados tipos de violência e inúmeros são os trabalhos que relatam reclamações em relação às abordagens violentas feitas pelos serviços de segurança pública e privada. Isso faz pensar que nesse complexo campo de atuação de políticas públicas, formuladas por um mesmo Estado, há um abismo entre ações fragmentadas, distantes e solitárias. Há uma disparidade quando de um lado, os serviços de saúde procuram produzir e oferecer algum tipo de cuidado, e, de outro lado, existe um serviço de segurança pública que criminaliza, aprisiona e produz violência aos sujeitos (SILVA JUNIOR & BELLOC, 2018).

Além da violência psicológica imposta por ações preconceituosas e pela discriminação sofrida no cotidiano, as pessoas em situação de rua sofrem violência física nos espaços públicos da rua, que muitas vezes se repete nos espaços institucionalizados, como nos

albergues das políticas higienistas, não restando a essas pessoas espaços seguros que garantam sua integridade física e mental (BARATA et al. 2015).

Diante das inúmeras barreiras de acesso apresentadas e das especificidades que esse grupo de pessoas traz em suas vulnerabilidades torna-se evidente a importância do trabalho do dispositivo Consultório na Rua. A própria mudança de nomenclatura (Consultório “de” para Consultório “na” Rua) reflete o reconhecimento da complexidade das demandas e necessidades de saúde da população em situação de rua, exigindo a integração intersetorial e introduzindo a perspectiva da vulnerabilidade no enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença dessas pessoas (FRIEDRICH et al, 2019).

O Consultório na Rua prevê o deslocamento dos profissionais e da própria rede de assistência para fora da zona de conforto tanto dos atendimentos nas unidades quanto das estratégias de cuidado domiciliar, ocasionando estranhamento por situações observadas e sentidas para as quais nem sempre as equipes têm respostas. Tal dispositivo propicia novas configurações de redes assistenciais, recolocando desafios à efetivação do Sistema Único de Saúde (ANTUNES, ROSA & BRÊTAS, 2016).

O direito à saúde das pessoas em situação de rua é sensível aos contextos histórico e social nos quais se desenvolve e passou a receber melhores investimentos para sua efetividade com a criação dos Consultórios na Rua, que passou a ser a porta de entrada para os serviços de saúde, possibilitando o acesso aos demais serviços da rede daqueles indivíduos que estão em posição de excluídos e marginalizados na sociedade (FRIEDRICH et al, 2019).

Ainda segundo Friedrich et al (2019) a proposta da eCR não objetiva, necessariamente, fazer as pessoas saírem da rua, mas concentrar seus esforços no desenvolvimento de estratégias de preservação da vida e promoção da saúde, considerando as opções, interesses e desejos dos sujeitos, propiciando o acesso aos serviços de atenção à saúde e sociais, respeitando e reconhecendo as escolhas desses indivíduos.

A aproximação dos serviços, através de uma rede integrada com as eCR favorece o acompanhamento da população em situação de rua promovendo um atendimento sem discriminação, associado às práticas educativas e também de redução de danos, que leve em conta as especificidades desse grupo que não possui uma rede de suporte e que vivencia inúmeras vulnerabilidades (VALLE & FARAH, 2020).

O trabalho dos Consultórios na Rua associa as estratégias de busca ativa e redução de danos, ao recurso das equipes multiprofissionais. Favorece a promoção da equidade ao adaptar a mobilidade e ampliar o alcance, o rol de ações e a composição das equipes para

atender as necessidades essenciais da população em situação de rua e atenuar as barreiras impostas pela desigualdade social, muitas vezes reproduzidas pela própria rede de saúde (BORYSOW, CONIL & FURTADO, 2017).

2 METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo descritivo onde foi realizada revisão de literatura, com pesquisa em teses, dissertações e artigos acadêmicos sobre a temática da dissertação, dando ênfase a aspectos teórico-conceituais envolvendo a estigmatização social da população em situação de rua, as políticas públicas para esta população e trabalhos que trouxessem relatos de experiências na Atenção Básica e também nos projetos de Consultório na Rua.

Realizou-se preliminarmente uma análise documental referente às normas e diretrizes produzidas a partir da primeira Pesquisa Nacional sobre PSR (2008), buscando compreender suas proposições, com especial atenção aos objetivos e estratégias.

A pesquisa utilizou a literatura cinzenta que são publicações não comerciais, não convencionais, difíceis de serem encontradas em canais tradicionais de distribuição e que não são controladas por editores comerciais (BOTELHO & OLIVEIRA, 2015). Utilizou-se como base teses e dissertações não só no campo da Saúde como da área da Sociologia e Antropologia, em especial, para entender questões históricas e sistêmicas que envolvem as pessoas que vivem em situação de rua.

A escolha da utilização da literatura cinzenta como grande parte do marco referencial baseou-se no fato dessas publicações apresentarem informações e conhecimento atualizados e mais detalhados, apesar de alcançarem um público reduzido e não serem determinados por interesses comerciais (BOTELHO & OLIVEIRA, 2015).

A literatura não convencional utilizada é compatível com a escassez de visibilidade do tema principalmente no setor econômico. Infelizmente o tema da população de rua ainda parece ser um tabu, ficando de certa forma esquecido e isolado no meio da literatura formal e de fora dos circuitos comerciais. Não há uma produção acadêmico-científica de grande porte reconhecida nesse campo de estudo, como pôde ser observado no levantamento feito com base em consulta a anais, compêndios de resumos e catálogos de busca relacionados a Congressos de Saúde Coletiva, Medicina de Família e Comunidade e Educação Médica.

Para realizar a ponte entre o referencial teórico e a práxis, foram aplicadas entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde, buscando entender se existem barreiras de acesso que dificultam a integralidade do cuidado e a implementação de tais políticas. Assim, foram realizadas entrevistas com os trabalhadores da APS que atuam com a PSR.

As entrevistas foram realizadas em unidades básicas de saúde que possuíssem eCR e

eSF (Clínica da Família Anthidio Dias da Silveira) e UBS que tinham apenas eSF (CMS Cesar Pernetta e Clínica da Família Erivaldo Fernandes Nobrega), da área programática 3.2. Trata-se de unidades que trabalham com populações em situação de rua, na cidade do Rio de Janeiro, RJ.⁵

Os participantes da pesquisa selecionados eram trabalhadores de diferentes categorias profissionais. Foram realizadas 11 entrevistas, até o momento em que as informações começaram a aparecer repetidamente, não sendo relevante persistir na coleta de dados (FONTANELLA, RICAS e TURATO, 2008).

A estratégia utilizada para captação dos contatos dos participantes da pesquisa baseou-se na técnica de amostragem não probabilística denominada bola de neve, que utiliza cadeias de referência para recrutamento de participantes, quando a amostra a ser utilizada é limitada a um subgrupo muito pequeno da população (VINUTO, 2014). A partir de um contato inicial feito com informantes-chave (gerentes das unidades), estes indicaram profissionais com perfil necessário para a pesquisa.

As entrevistas foram gravadas em áudio (MP3), após autorização pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE) dos participantes e, em seguida, foram transcritas na íntegra, tornando-se material de análise. Os depoimentos foram tomados no período de dois meses, com duração média de 30 minutos de conversa.

Para a seleção dos participantes foram utilizados como critérios: Profissionais que atuam ou atuaram na Estratégia Saúde da Família e/ou no Consultório na Rua há pelo menos dois anos e que tiveram experiências no atendimento de pessoas em situação de rua. Os critérios de exclusão dos participantes da pesquisa foram: Ter menos de dois anos de atuação na Estratégia Saúde da Família ou no Consultório na Rua e serem profissionais que não lidam de forma contínua, não tenham contato frequente com população em situação de rua.

As entrevistas foram agendadas previamente e já na conversa inicial foram expostas as finalidades dos depoimentos, bem como, a dinâmica de montagem da entrevista. Nesse momento, foi observada a maneira como o entrevistado considerou a proposta. Esse momento inicial foi fundamental para o estabelecimento de uma relação de confiança e respeito, necessária ao alcance dos objetivos. Alguns pontos de resistência foram identificados,

⁵ O município do Rio de Janeiro é dividido em 10 áreas programáticas e a área 3.2 compreende os bairros de Del Castilho, Engenho da Rainha, Higienópolis, Inhaúma, Maria da Graça, Tomás Coelho, Abolição, Água Santa, Cachambi, Encantado, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Jacaré, Lins de Vasconcelos, Méier, Piedade, Pilares, Riachuelo, Rocha, Sampaio, São Francisco Xavier, Todos os Santos, Jacarezinho. Existem na A.P. 3.2: 23 UBS, 103 eSF e 1 eCR lotada na Clínica da Família Anthidio Dias da Silveira.

sinalizando um cuidado especial na forma de abordá-los.

As entrevistas foram realizadas de forma presencial e estruturadas em duas partes. A primeira parte constou de um breve questionário sociodemográfico, que apresentou questões básicas autodeclaradas que permitiram a realização de uma análise associativa entre esses dados e a percepção destes profissionais, podendo imprimir um modo de olhar diferenciado a questões sensíveis presentes na pesquisa; e serviram para uma compreensão mínima do perfil dos entrevistados. Não houve uma análise quantitativa e específica destas variáveis, que serviram apenas para eventual menção lateral ou objeto de algum comentário pontual, caso a fala viesse a ter alguma correlação com a revisão de literatura. A segunda parte da entrevista foi a realização de perguntas abertas sobre o tema, com questões sobre concepções e práticas de cuidado utilizadas no atendimento a pessoas em situação de rua, assim como a abordagem do tema em suas formações acadêmica e profissional.

A análise de dados foi feita mediante transcrição das entrevistas, seguida da ordenação dos dados, leitura do material coletado buscando identificar o corpo principal dos dados e separação do que não dizia respeito diretamente ao interesse do estudo. A partir da identificação do corpo principal do texto ele pôde ser organizado por temas relevantes e foi iniciado o processo de categorização, portanto, as categorias de análise foram construídas após as entrevistas.

A Análise do Discurso, utilizada no trabalho, segue os preceitos de Caregnato & Mutti (2006). Nesta linha, buscou-se questionar os sentidos estabelecidos nas falas - verbais e mesmo não verbais, de forma que sua materialidade produzisse sentidos para interpretação dos dados coletados, articulando a linguagem com o social e o histórico.

Dessa forma, as informações oferecidas nas entrevistas foram interpretadas baseadas na análise de discurso, entendendo que os discursos são heterogêneos, marcados pela história e ideologia dos participantes do estudo. Como essa forma de análise está relacionada ao contexto sócio-histórico, a interpretação dos discursos realizada pelo pesquisador é também influenciada pelo afeto, posição, crenças, experiências e vivências pessoais. Portanto, a interpretação nunca será absoluta e única, pois também produzirá seu sentido.(CAREGNATO & MUTTI, 2006)

Em termos operacionais, a análise foi feita com a decupação dos áudios e sua conversão em texto escrito. A pesquisadora discutiu as correlações entre os discursos dos entrevistados e as categorias teóricas e hipóteses do trabalho.

A classificação dos dados foi baseada em aspectos formulados nos objetivos que

nortearam a pesquisa, procurando-se estabelecer aproximação com os significados revelados nas falas dos entrevistados. A análise final determinou a articulação entre os dados coletados e os referenciais teóricos, promovendo relações entre a teoria e a prática.

A partir das entrevistas, no encadeamento dos Resultados e Discussão, foram estabelecidas cinco categorias analíticas: 1) A necessidade de ressignificar os atributos da Atenção Primária à Saúde para população em situação de rua; 2) Território e Nomadismo: de quem é o paciente? 3) Violência e discriminação. 4) Identidade e invisibilidade. 5) Alteridade, emoções e sentimentos.

Em termos de benefícios aos participantes gostaríamos de acreditar que o estudo permitiu uma compreensão ampliada sobre a prática do cuidado à população em situação de rua, incentivou a reflexão sobre o tema, permitindo a qualificação do processo de trabalho. A ideia foi que no momento da entrevista o participante tivesse a oportunidade de refletir sobre suas próprias práticas.

A pesquisa seguiu os dispositivos normativos da Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (2012), que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos e incorpora referenciais da bioética - autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros - a pesquisa assegurou a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização desta população, garantindo a não utilização das informações em prejuízo dos sujeitos, inclusive em termos de autoestima. Dados e informações que porventura possam implicar na identificação dos entrevistados por vias transversas ou oblíquas não foram utilizados.

Os princípios éticos também foram assegurados aos participantes pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A garantia do anonimato dos mesmos nas entrevistas foi feita através de nomes fictícios, para não comprometer suas identidades.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, cumpre salientar que os resultados obtidos na pesquisa a partir dos discursos dos entrevistados foram sistematizados nas seguintes categorias:

- a) A necessidade de ressignificar os atributos da Atenção Primária à Saúde para população em situação de rua;
- b) Território e Nomadismo: de quem é o paciente?
- c) Violência e discriminação;
- d) Identidade e invisibilidade;
- e) Alteridade, emoções e sentimentos.

3.1 A necessidade de ressignificar os atributos da Atenção Primária à Saúde para população em situação de rua

A Atenção Primária à Saúde, caracterizada como primeiro nível de atenção, é base da reorganização do Sistema de Saúde brasileiro e apresenta quatro atributos essenciais/eixos estruturantes: São eles: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, conceitos apresentados por Oliveira e Pereira (2013).

Pode-se dizer que a diferença primordial entre os pacientes em situação de rua e os demais pacientes atendidos pelas unidades de APS é o fato de os primeiros não necessariamente possuírem domicílio estabelecido. Nesta linha, ao menos em tese, todos os atributos essenciais da APS deveriam se aplicar no cuidado a esta população. No entanto, é possível questionar se, de fato, a APS, em especial as equipes de Saúde da Família, são a porta de entrada ou o primeiro contato da pessoa de rua ao buscar por um atendimento de saúde.

Contraditoriamente ao discurso de que o SUS é universal e tem na APS a porta de entrada para os serviços de saúde, resultados de estudos como os de Kami (2015), Engstrom & Teixeira (2015), Kami (2015), Valle & Farah (2020) e Manchini (2018), apontam a existência de dificuldades no acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua.

A população em situação de rua utiliza, em geral, os serviços de emergências nas situações agudas ou de risco iminente à saúde e à vida, como as UPAs (Pinto et al 2018). Na crítica de Engstrom & Teixeira (2015), sistemas de Saúde com forte referencial na APS seriam mais efetivos, mais satisfatórios para a população, têm custos menores e são mais equitativos, mesmo em contextos de iniquidade social.

Em linha semelhante, Rosa, Cavicchioli & Brêtas (2005) observa que a população de rua é atendida apenas em situações de urgência e emergência, muitas vezes sem preparo dos técnicos para compreender a situação. Estas dificuldades de acesso são relatadas nas entrevistas desta pesquisa. Contudo, a partir da fala de uma entrevistada, é possível perceber que, apesar das dificuldades dos usuários em acessar o sistema de saúde através dos diversos pontos da rede de atenção, os pacientes procuram mais as unidades que possuem equipes de consultório na rua para resolverem suas questões de saúde. Neste sentido:

*“E aí ele chega novamente pra gente, ele sempre tá vindo aqui né...
... porque a gente tem muita história de problema de usuário com
acesso ao sistema. Então não é só por conta da rede não.”*
(Profissional 3)

Em consonância com esta constatação, Vargas & Macerata (2018) justamente apontaram que a criação das eCR se justifica pela grande vulnerabilidade das populações em situação de rua, juntamente com a baixa capacidade da rede de atenção em saúde existente de acolhê-las.

O acesso é um conceito que apresenta muitas dimensões e a sua principal característica está relacionada à disponibilidade do serviço ou sua presença física, com equipamentos e recursos humanos suficientes (TRAVASSOS & CASTRO, 2012). No entanto, as autoras afirmam que somente a existência do serviço não garante acesso, uma vez que as “barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, informacionais, culturais, entre outras, expressam características da oferta que, de modo interrelacionado, atuam facilitando ou obstruindo a capacidade das pessoas de utilizarem serviços de saúde”

As questões de comprovação de endereço para o acesso à saúde, bem como a apresentação de documentos de identificação para atendimento nas unidades de saúde ou a exigência de haver uma pessoa responsável em situação de internações na rede hospitalar, são discursos recorrentes na pesquisa de Kami (2015), Valle & Farah (2020) e Pinto et al (2018). Valle & Farah (2020) também citam a dificuldade em relação à falta de renovação de receita para a dispensação de medicamentos como mais um exemplo de

entreve burocrático.

Em complemento a estas barreiras, Pinto et al (2018) citam a necessidade de agendamento, a pouca flexibilidade nos horários de atendimento e a ausência de uma rede de apoio à adesão a tratamentos e à recuperação. A dificuldade quanto aos horários também é relatada por Van Wijk & Mangia (2019).

As pessoas em situação de rua possuem um entendimento peculiar do seu processo saúde-doença que está relacionado ao seu histórico de vida e às diversas negligências sofridas, traduzidas como negativas. Salienta-se como problemas, tanto as limitações de execução de ações (Van Wijk & Mangia, 2019) como a própria negação estrutural a direitos básicos, o que acarreta a procura de tratamento médico não como uma prioridade, mas sim em casos de emergência (DANTAS, 2007). Dessa forma, essas pessoas acabam procurando os serviços de saúde somente em condições extremas, ganhando relevo as situações em que não há vínculo com os profissionais e com a unidade de saúde.

Na linha do que fora apontado por Valle & Farah (2020) e também por Rosa, Cavicchioli & Brêtas (2005), verificou-se nesta pesquisa que, normalmente, as principais demandas dos usuários em situação de rua são queixas agudas de problemas como dores (abdominais, dor de dente), ferimentos de pele, curativos e queixas respiratórias. Por outro lado, uma parte das pessoas em situação de rua, que acessa de forma mais frequente as unidades por possuírem maior vínculo, buscam esses locais para questões variadas, até mesmo para usar serviços como banheiro e bebedouro, ou para receberem algum tipo de atenção, como uma “simples conversa.” Esta mudança de perfil em razão da sedimentação de um vínculo pode ser evidenciada neste depoimento:

Quando elas chegam até a gente, são demandas mais urgentes, né...É, a gente pouco capta usuários para questões crônicas...A demanda espontânea é sempre pra, pra curativo, é...às vezes pra teste rápido, questão ou queixa respiratória, , é...muito caso de violência também, que a gente atende assim de chegada de demanda espontânea. E aí quando a gente vai criando vínculo, aí a gente já consegue ver, alguma coisa mais, alguma questão mais crônica. Sabe? A gente consegue já ofertar um teste rápido, aferir uma pressão com mais calma, fazer um exame de sangue, aí, mas as demandas são sempre muito urgentes, são sempre queixas muito pontuais. É, tipo... dor de dente, na odonto, pra gente é o que mais acontece. (Profissional 3)

A lógica de que, como padrão predominante, os usuários procuram as Unidades em situações de urgência extrema, é evidenciada nestas falas:

Sempre no extremo, dor, sempre no extremo...(Profissional 4)

(...) acompanha muito pouco, porque eles vêm buscar com uma queixa momentânea, aí vem aqui, depois voltam, ficam flutuando no território. Porque eles só vêm mesmo quando tem alguma queixa assim momentânea, estão com aquela dor que não suportam mais, porque nem vir eles gostam muito de vir, mas quando estão com uma dor que já não aguentam mais aí acabam procurando um atendimento.(Profissional 5)

... muitas vezes eles caem, não sei o que acontece, que assim, lesionou aquele local. Mas é uma lesão, que não é visível, de repente, algum nervo, e aquilo ali vai agravando, ...aí eles só vêm nesse momento, quando já não aguentam mais aquela dor ali, entendeu... Aí só quando eles não aguentam mesmo, aí eles vêm pedindo atendimento. Ou quando é muita, muita [dor de dente], que eu acho que não vem muito aqui, dentista, que eles... já aconteceu de vir ao dentista mas foi fora do horário de atendimento, não teve nem como fazer alguma coisa.[sic] (Profissional 5)

Assim, em linha semelhante ao que expuseram Valle & Farah (2020), os serviços de saúde são acessados, na maioria das vezes, através de demanda espontânea, a partir de circunstâncias de urgência ou emergência que interfiram no dia a dia da vivência nas ruas, como doenças ou agravos que impossibilitam ou reduzem a mobilidade e outras ações para a sobrevivência.

Neste mesmo estudo de Valle & Farah (2020), apontou-se que os acessos ocorrem com mediação dos equipamentos da rede de proteção social ou do Consultório na Rua, limitando o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde.

Em linha semelhante à da presente pesquisa, na avaliação de Kami (2015), os discursos dos profissionais apontam a dificuldade no acesso à saúde pela população em situação de rua e o não reconhecimento desses indivíduos como pessoas de direito.

Neste ponto, expandir o atendimento das pessoas em situação de rua para todas as unidades básicas de saúde é prioritário. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2011), é importante a vinculação do indivíduo a uma UBS para facilitar o desenvolvimento de sua conexão com os serviços de saúde, para favorecer o seu acompanhamento, e para possibilitar que o profissional de saúde conheça sua realidade (BRASIL, 2011). Essas ações são fundamentais para o desenvolvimento do cuidado integral.

Outro ponto perceptível é que existe uma dificuldade estabelecida pelas condições de vida das pessoas em situação de rua para que se preste um cuidado longitudinal e integral em saúde, especialmente quando se trata de condições como tuberculose, diabetes e gestação.

Em primeiro lugar, como destacou Starfield (2002), deve-se levar em conta que a longitudinalidade prevê o acompanhamento e a responsabilização da atenção primária pelo cuidado contínuo ao longo da vida dos usuários independente da presença ou não de doença.

Como salientado por Louzada (2015), a compreensão da longitudinalidade, na prática de trabalho com a rua está associada tanto ao critério temporal quanto espacial, pois o acompanhamento nos diversos espaços (rua, hospitais, abrigos, etc.) mesmo em curto espaço de tempo, possibilita a construção de vínculo e construção conjunta de uma atenção mais próxima da integralidade.

A resignificação do conceito de longitudinalidade implica em compreender que as dinâmicas de vida do usuário em situação de rua e sua relação com o território produzem outra noção de temporalidade, que fazem com que o acompanhamento da equipe possa não ser por toda a vida, mas por um dado período, e mesmo assim ter produzido vínculo e responsabilização. (LOUZADA,2015)

Na pesquisa de Louzada (2015), a equipe entrevistada relata que muitos casos são atendidos pontualmente no Consultório na rua e retornam somente quando necessitam. E isto, na percepção de alguns profissionais, reflete o modo possível de acompanhar esta população. Ou seja, o cuidado para estes casos pode ser interrompido por um dado momento, mas o vínculo e referência que o usuário estabelece com a equipe se mantém.

O acompanhamento longitudinal também está relacionado com a lógica da atenção que se estabelece com o usuário. Ou seja, quando o cuidado da equipe está voltado para o atendimento de determinado agravo, o acompanhamento tende a ser mais pontual. Porém, quando se pensa para além da doença, as relações do usuário com a equipe se ampliam, podendo se desenhar um cuidado segundo a ótica longitudinal. (LOUZADA,2015)

Problemas de acesso e continuidade dos tratamentos de saúde por inadequação dos serviços às particularidades desse grupo e pelo estigma de que são vítimas, inclusive por parte de trabalhadores também foram relatados por Borysow, Conil & Furtado (2017). Em sentido semelhante, Van Wijk & Mangia (2019) destacam que os serviços de saúde limitam o acesso, restringem o acolhimento e não respondem às necessidades dessa população, o que leva ao abandono dos acompanhamentos.

Nas entrevistas realizadas na presente pesquisa, verificou-se que os profissionais estão, em certa medida, conscientes de que questões como HIV, Diabetes e Tuberculose têm o tratamento dificultado por conta da situação de rua dos usuários.

Conforme destacou Dantas (2007), as pessoas em situação de rua enfrentam sérios problemas em relação ao tratamento da TB já que os fatores que contribuem para o seu sucesso incluem uma boa alimentação, abrigo e condições de higiene adequadas. As dificuldades inerentes à vida na rua contribuem para que o tratamento muitas vezes não possa ser concluído, favorecendo o aparecimento de bacilos resistentes aos medicamentos utilizados atualmente.(DANTAS, 2007)

No estudo de Kami (2015), outros aspectos dos atendimentos que emergiram das falas estão relacionados ao enfrentamento das dificuldades desses usuários na adesão a tratamentos, principalmente ao da tuberculose e da AIDS/HIV. Na mesma linha relataram Valle & Farah (2020), quanto ao tratamento de doenças crônicas em geral.

Para Carbone, citado por Dantas (2007), apenas uma abordagem multidisciplinar que priorize os aspectos sociais pode estabelecer vínculos entre a pessoa em situação de rua e um serviço de saúde. Entretanto, às dificuldades de obtenção destes vínculos somam-se outras a enfrentar durante o longo tratamento da TB, como a impossibilidade de armazenar corretamente os medicamentos, fazer uso dos mesmos nos horários determinados e comparecer às consultas de revisão.

Como apontado por Louzada (2015), por vezes há necessidade de ajudar o usuário a perceber de outra maneira o seu estado de saúde, construindo com ele alguma demanda por tratamento, uma vez que existe, também, um processo de naturalização do sofrimento que são consideradas inerentes a estes contextos de vida, o que faz com que se tolere a dor sem reclamar e que não procure os serviços de saúde.

Exemplificando: o tratamento estabelecido para cura da Tuberculose é longo e pesado, com drogas que causam efeitos adversos variados, levando a um grande índice de abandono por parte dos pacientes. Por isso, adota-se o Tratamento Diretamente Observado ou DOTS, como os profissionais preferem falar, que tem como meta aumentar a adesão e chance de cura, pois o profissional de saúde se encarrega de entregar a medicação em doses fracionadas e estar junto ao paciente no momento da tomada das medicações. É um tratamento difícil para todos os pacientes e ainda mais desafiador quando se trata de uma pessoa não domiciliada e que não tem uma alimentação e condições adequadas para suportar os efeitos deletérios. Em relação às dificuldades quanto ao tratamento longitudinal, é interessante observar as vivências relatadas:

“Sim, a gente vivencia bastante... principalmente em tratamento de tuberculose que é bem direcionado à farmácia. Então, tenho experiências boas, até pouco tempo de paciente...ela não é

totalmente POP, totalmente em situação de rua, mas é uma paciente vulnerável, que já esteve em situação de rua. E ela conseguiu terminar o tratamento apesar de ter as dificuldades, de muitas vezes não ter o que comer, então a gente tentava, o quê, oferecer um lanche, pra ela poder vir buscar o medicamento, fazer busca ativa, com os ACS sempre em contato com a equipe. E já tive casos também que infelizmente foi frustrante [expressão de desalento], que foi de pacientes que a gente tenta fazer o tratamento e por ser muita das vezes em situação de rua e andarilho a gente não consegue fazer um bom acompanhamento e o paciente abandona. (Profissional 1)

Figuroa-Muñoz e Ramon-Pardo (2008), citados por Valle & Farah (2020) apontam que, além de um aumento de risco para a incidência da tuberculose, a situação de rua representa também um aumento de desfechos negativos da doença. As iniquidades vivenciadas pelas pessoas em situação de rua provocam a falta de proteção do corpo às variações climáticas, principalmente ao frio. Não ter roupas adequadas para enfrentar as baixas temperaturas, a dificuldade para manter as roupas secas e limpas, dormir no chão, enfrentar chuvas e ventos relacionam-se com o risco das doenças respiratórias, como a pneumonia e, por extensão, a tuberculose. Destaque-se ainda as complicações provocadas pela má nutrição e comorbidades.

Na pesquisa de Kami (2015), os profissionais das eCRs também relataram dificuldades no seguimento da doença e na adesão ao tratamento do HIV. Com relação ao tratamento, usuários indocumentados não conseguiam a dispensação dos medicamentos para tratamento do HIV: algumas vezes o tratamento era iniciado, havia coleta de exames de CD4 e CD8, porém não era assegurada a continuidade, o que acarretou frustração.(KAMI, 2015)

Valle & Farah (2020) enfatizam que a falta de adesão ao tratamento da tuberculose, assim como de outras questões de saúde, possui multicausalidade. Além da falta de compreensão por parte de certos serviços de saúde sobre o contexto dos pacientes, algumas situações ocasionadas pela vivência nas ruas podem interferir na regularidade em que a medicação é tomada, que deve ser diária, ou até mesmo propiciar a interrupção do tratamento, como a alimentação inadequada e o abuso de substâncias psicoativas. Os medicamentos não permanecerem sob o cuidado do doente é outro fator de interferência do tratamento, já que na dinâmica das ruas é comum acontecer o roubo de pertences pessoais e até mesmo o recolhimento destes pertences pelo poder público (VALLE & FARAH, 2020)

Nas entrevistas realizadas na presente pesquisa, ainda quanto à abordagem sobre

doenças crônicas, é importante ressaltar que há a percepção, ao menos por parte dos entrevistados, de que existem vicissitudes de natureza cultural e relacionadas à identidade dos sujeitos, o que deve demandar dos profissionais, ao menos de forma empírica, uma noção quanto ao princípio da alteridade. Alteridade, aqui, no sentido mais simples de perceber as condições, características e peculiaridades do outro como sujeito e atuar, de forma cooperativa, para respeitá-las, e ao mesmo tempo buscar soluções que tragam eficiência na entrega dos serviços de saúde. A percepção sobre a importância de oferecer um “simples lanche” é emblemática neste sentido. Outro trecho digno de nota revela que o profissional percebe a dificuldade extra de o usuário se adaptar a uma grande quantidade de comprimidos:

*É aquilo, imagina tomar 4 comprimidos, 4 a 5 comprimidos de tuberculose, comprimido grande, comprimido forte, de estômago vazio...Aquele cara não vai aderir ao tratamento...(Profissional 3)
...a gente faz de tudo por eles pra poder conseguir, mas é bem difícil às vezes o trabalho né, por conta mesmo da tuberculose, porque eles não entendem, muita das vezes como o tratamento pode causar um enjoo, um desconforto, então eles abandonam, por conta da droga eles abandonam. Mas a gente teve um idoso, um morador de rua idoso, que ele...a gente fez um trabalho assim incrível. A gente achou que a gente não fosse conseguir, mas a gente conseguiu fazer o tratamento dele, todinho...Conseguimos concluir. Na verdade tem outros também que a gente conseguiu concluir. E esse, ele estava muito debilitado, muito magrinho e aí toda vez que ia um ACS fazer o DOTS dele, ele todo, a gente já tinha o acordo que a gente levava medicação e levava alguma coisa pra ele tomar café. Então todo dia a gente levava um lanche pra ele e aí como eles às vezes realmente estão sem se alimentar, ele ficava super feliz e aceitava bem o tratamento.(Profissional 7)*

O fato é que a dificuldade no cumprimento dos direitos e as diversas formas de vulnerabilidades que atingem essa população, como exposição às variações climáticas, condições insalubres de moradia e de alimentação, e ações de repressão por parte de políticas de segurança pública, afetam negativamente a condição de saúde dos indivíduos em situação de rua. (HALLAIS & BARROS, 2015)

A problemática de viver na rua perpassa pela aglomeração de pessoas, a proliferação de doenças, a violência, o estresse e a hostilidade. O adoecer nas ruas tem características próprias no processo saúde-doença, como o espaçamento das refeições, as alterações climáticas e outros fatores que predisõem este grupo a compartilharem necessidades de saúde específicas (KOOPMANS ET AL, 2019).

Em síntese: o acompanhamento adequado da situação de saúde desses indivíduos é

dificultado por várias questões: a organização dos serviços de saúde, filas, demora na marcação de consultas, longo tempo de espera e dificuldade dos próprios profissionais no atendimento. Além disso, as condições prioritárias para essa população, como local para dormir e dificuldades de obter alimentação, fazem com que a saúde, por vezes, não seja prioridade. Não obstante, as condições degradadas de higiene com que se apresentam nos serviços de saúde geram preconceito e dificultam o atendimento e o acesso aos serviços como direito de cidadania. (CAMPOS & SOUZA, 2013)

Macerata, Soares & Ramos (2014) citam a dificuldade no tratamento das pessoas hipertensas em situação de rua no que tange à alimentação, pelo fato de muitas vezes essas pessoas se alimentarem a partir de sobras. Durante a presente pesquisa, preocupação semelhante surgiu ao relatar casos de pacientes com diabetes, onde o cuidado também é dificultado ao ser abordada a questão da alimentação saudável, quando na maioria das vezes o único objetivo da pessoa que está na rua é não morrer de fome e, portanto, comer aquilo que lhe é ofertado, sem muita ou nenhuma opção de escolha.

A fome e a necessidade de ingerir o alimento que for possível em determinadas circunstâncias é o ponto primordial. Mas outras questões de natureza sociocultural e também relacionadas às próprias condições de vida do usuário costumam influir: a falta de acesso a informações sobre alimentação saudável; a falta de condições para preparo de alimentos; a falta de autoestima e a conveniência de, em circunstâncias de imediatismo, preferir alimentos como “salgados” e “joelhos” a frutas, por exemplo.

Além disso, quando o paciente é insulino dependente as dificuldades são ainda maiores pois não há local para armazenamento correto de suas medicações, ficando os pacientes dependentes de ajuda de outras pessoas, como guardar suas insulinas em refrigeradores de bares.

Neste sentido, Macerata, Soares & Ramos (2014) relatam a necessidade de construir parcerias com os companheiros de rua dos pacientes para auxiliar o tratamento e citam a importância do engajamento com o território para criação de estratégias singulares para cada caso.

Os desafios quanto às dificuldades de manter uma alimentação saudável e de ser insulino dependente são relatados de forma clara neste depoimento:

“A gente tem pacientes também insulino dependentes, que atualmente fazem o acompanhamento aqui com a gente... e eu vejo assim, por essa paciente, como é difícil... Ela usa insulina e não tem onde colocar porque vive na rua, então não tem geladeira

onde armazenar. [Entrevistador pergunta se a insulina fica armazenada na unidade] Ela deixa em um bar, deixa em um bar (!!!) a insulina dela; a gente dá a orientação de como armazenar direitinho né, a equipe tá sempre em busca também e ela faz o acompanhamento certinho, mas a gente vê que é difícil, principalmente pro paciente “insulino”; porque se ela precisar de madrugada, como que ela vai usar a insulina dela? Até mesmo se ficasse com a gente aqui na unidade, como que ela iria fazer o uso dessa insulina, final de semana e alimentação. Quem é insulino dependente precisa ter um controle da alimentação e muita das vezes ela chega aqui na unidade e a glicemia está muito alta e ela fala assim: “Eu ganhei dois salgados e eu comi”... Como você vai falar para um paciente em situação de rua que não pode comer aquele salgado que talvez foi a única alimentação daquele paciente naquele dia? Entendeu? Então é bem desafiador...(Profissional 1)

...essa paciente insulino dependente, ela precisa fazer uma dieta saudável, mas como você vai falar para o paciente em situação de rua que ela precisa comer uma alimentação saudável, se ela vai comer o que for ofertado? Como você vai conseguir controlar? E como você vai dizer pra ela não pode? Diminua. Não tem como.” (Profissional 1)

Outro ponto percebido diz respeito ao acompanhamento das pacientes gestantes em situação de rua, no sentido de que a realização do pré-natal exige grandes esforços por parte da equipe para que seja garantida a saúde do binômio mãe-bebê. O tratamento da sífilis na gestação foi citado como desafio, pois além do tratamento da mãe é necessário o tratamento do parceiro.

...tinha uma gestante que estava fazendo pré-natal, e aí também com histórico de sífilis, e não estava tratando direito, já tinha abandonado tratamento, estava naquela busca de retratar e tudo mais, e aí a gente saiu de van, e vai na bandeira dois [Território frequentemente utilizado como cena de uso de drogas] e vai procurar a gestante. [Pesquisadora questiona sobre o tratamento do parceiro] Pois é, isso é muito complicado, às vezes não trata, a maioria do parceiro não trata, a gestante às vezes faz 1 ou 2 doses e depois também não faz mais. (Profissional3)

Esta entrevistada cita um caso que indica o quanto é difícil encontrar a usuária para dar sequência ao tratamento:

“Foi uma mobilização porque ela não ficava no mesmo lugar então era uma dificuldade de achar ela, então por mais que ia na bandeira dois, às vezes ela não estava, naquele horário ela não estava, ela tinha ido para outro lugar...” (Profissional 3)

Além disso, existe um agravante relevante em matéria de gestantes em situação de rua, que se verifica ao longo da gestação e se agrava no momento do parto, sintetizado em

uma expressão: a falta de reconhecimento do sujeito. Este depoimento resume, em certa medida, a condição da gestante em situação de rua:

“...a gente tem casos de gestante com muita violação de direito também. Questão de gestante é muito complicada por conta do pré-natal, né. Pré-natal é muito complicado, porque são usuárias que estão na rua e não tem interesse em sair da rua e nem é nosso propósito tirar da rua, né... Eu já chego pro usuário falando que nosso propósito é cuidar e não tirar da rua e nem fazer com que ninguém pare de usar droga, não é assim, né... Mas são pré-natais muito difíceis e quando entra no [hospital]...dá entrada na maternidade, é violação de direito da porta de entrada (bate com a mão) até a porta de saída. (Profissional 3)

Ao pensar na Integralidade do cuidado vemos como é difícil abordar a questão da prevenção e promoção de saúde para esse grupo de pessoas. Não apenas em matéria de alimentação ou realização de exames que seriam rotineiros para um cidadão, mas também em relação a condições básicas de higiene que permitam alcançar um mínimo de saúde.

Neste ponto, é relevante refletir sobre o entendimento do Profissional 4, ao citar a parceria da equipe de saúde da família com a equipe do Consultório na Rua, no qual chama de Cnar:

A gente quer... estar fechando com o Cnar para fazer ações, pra eles entenderem a importância da prevenção, de não chegar ao extremo. Deles entenderem que a hora que eles se sentirem a vontade de voltar, de vir fazer o tratamento, eles vão encontrar gente para acolher...A gente tá trabalhando forte nisso com o Cnar, para eles entenderem que a prevenção também, é... pode acontecer na vida deles, por mais que tenha toda aquela dificuldade de (gagueja)...é... mais na higienização que eu digo né, tem aquela dificuldade, é, água corrente, sabonete, pasta de dente, fio dental, uma realidade diferente né. Mas dá pra trabalhar sim, com a prevenção.

A questão dos cuidados com higiene deve ser tratada sob duplo aspecto. Primeiro: representa, de fato, um elemento que dificulta o acesso das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde – e, diga-se de passagem, aos direitos sociais e à cidadania em geral, tendo em vista os preconceitos e estigmatizações sociais abordados na Revisão de Literatura. Representa, ainda, um fator agravante nas próprias condicionantes de saúde, tendo em vista que a falta de condições básicas de higiene, como água potável, vivência em ambientes salubres, e acesso a produtos de assepsia, tende a agravar quadros clínicos, que, em outras circunstâncias, poderiam ser mais facilmente administrados. Esses aspectos podem ser percebidos nas seguintes falas:

Ah eles vêm pra usar banheiro. Às vezes não quer nem ser

atendido, quer só pra usar banheiro. Vem pra beber água, eles pegam água, aí traz aquelas garrafas de 2 litros de refrigerante, enche a garrafa, entendeu, tem uns que são assim também. [Pesquisadora questiona se os outros pacientes se incomodam com a presença das pessoas de rua na unidade] Tem uns que se incomodam, tem uns que se incomodam sim. [Questionada se já perceberam ou ouviram algo nesse sentido] Não, não, mas você vê só pelos olhares, né, só de tá ali, aí...não é cheiroso né, com certeza não é cheiroso né, aí fica ali, fica assim, meio assim, mas, também não destrata não, nenhum deles destrata não.(Profissional 9)

...aqui o preconceito é muito grande, já falaram pra gente que deveria ter um banheiro exclusivo pra eles, já ligaram pra polícia pra tirar o morador que estava aqui dentro, sendo que...porque ele fede, porque, sabe...(Profissional 7)

...quando a gente pensa né...mulher, né...período menstrual, como é que faz? a dificuldade que deve ser...a gente às vezes quer tomar banho 3 vezes por dia né, imagina a mulher que está em situação de rua, com fluxo menstrual às vezes intenso, como que deve ser isso né? (Profissional 2)

Lá atrás no Espaço Sideral, a gente conseguiu botar só um chuveiro, mas não conseguiu fechar, porque se fechar, tem umas questões burocráticas que não pode... mas a gente tá nessa luta, para garantir algum tipo ali de espaço de privacidade aonde eles possam tomar um banho, onde eles possam ter algum espaço ali...E eu fico pensando assim, nossa...como que deve ser? e como a gente não vê políticas públicas de saúde voltadas para tentar garantir espaço, para tentar garantir enfim, uma distribuição de absorvente, alguma coisa, para ajudar essa população. Um espaço no mínimo para um banho. (Profissional 2)

...para eles entenderem que a prevenção também, é... pode acontecer na vida deles, por mais que tenha toda aquela dificuldade de (gagueja)...é... mais na higienização que eu digo né, tem aquela dificuldade, é, água corrente, sabonete, pasta de dente, fio dental, uma realidade diferente né.(Profissional 4)

Em sintonia com o depoimento acima, o acesso à higiene pessoal do usuário também foi um problema relatado como significativo na pesquisa de Manchini (2018). O autor sugere que os equipamentos da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social disponibilizem local para banho, durante 24 horas, para pessoas acolhidas ou não, pois as unidades de saúde não dispõem de área para banho de usuário. O preconceito com a higiene também é apontado por Dantas (2007) como uma barreira de acesso. A falta de higiene, associada aos efeitos do uso de álcool e/ ou drogas, também é apontada por VAN WIJK & MÂNGIA (2019) como algo que provoca o afastamento dos profissionais, produzem restrições nos acolhimentos e por vezes impede atendimentos.

Em síntese: as pessoas que vivem em situação de rua, historicamente, tem acesso

limitado aos serviços de saúde com uma gama de entraves, alguns destes assinalados por Costa (2005): a exigência de comprovação de residência, tratamentos de saúde aplicados a regras que não levam em consideração as condições de vida destes indivíduos, e o despreparo dos profissionais para o acolhimento a esse grupo. (SILVA, CRUZ & VARGAS, 2015)

A negação de atendimento à PSR pela falta de documentação pessoal não se justifica, visto que a Portaria do Ministério da Saúde nº 940/2011 determina que nenhuma pessoa, independente de classe, gênero, etnia e/ou condição social pode deixar de ser atendida no SUS por falta de documentação e ou/Cartão Nacional de Saúde (CNS). Segundo esta portaria, não deve ser exigido comprovação de residência à PSR para confecção do CNS já que tal exigência mostra-se contraditória ao contexto de vida desta população e ao princípio da equidade, tão importante na atenção às diferenças no âmbito do SUS. (ABREU, 2017). A mesma crítica é feita no estudo de Valle & Farah (2020). Além da falta de documentação de identidade, Dantas (2007) também destaca a exigência de comprovante de residência como um entrave burocrático a ser superado.

Outro ponto a ser ressignificado diz respeito à coordenação do cuidado. Sobre o tema discorrem Engstrom & Teixeira (2016, p. 1845):

A coordenação do cuidado pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção em saúde, de forma que, independente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados para o alcance de um objetivo comum. Na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, a coordenação do cuidado assume papel de destaque, uma vez que sem ela o primeiro contato é uma função puramente administrativa, a longitudinalidade perde seu potencial e a integralidade é dificultada. A coordenação do cuidado busca romper com a fragmentação dos serviços se tornando um diferencial nos sistemas integrados de serviços de saúde, já que estes são organizados por meio de uma rede de pontos de atenção, prestando uma assistência contínua a uma população definida, onde a APS atua como centro de comunicação, ordenando os fluxos.

Tomando a experiência das eCR do centro da cidade do Rio de Janeiro, Louzada (2015) destaca que a continuidade da atenção e até mesmo o estabelecimento de vínculo com o usuário, pode exigir o acompanhamento do profissional de saúde em outros serviços de saúde e de outros setores. Assim sendo, a construção da rede se constitui por mecanismos diversos que ampliem a comunicação e compartilhamento de informação, a identificação dos equipamentos e serviços de referência no território, bem como o estabelecimento de acordos e fluxos.

Ainda no estudo de Louzada (2015), foram identificadas algumas dificuldades ou barreiras para se construir a integralidade da atenção, diante da fragilidade da rede de

apoio, caracterizada pela falta de preparo, interesse e sensibilidade de serviços de saúde, especialmente de nível secundário e terciário no atendimento a esta população.

É preciso garantir e ampliar o acesso da população de rua aos serviços de saúde, iniciando pela atenção primária, empoderando essas pessoas dos seus direitos, fazendo com que elas entendam que o acesso à saúde é universal e para todos e garantindo que sejam atendidas em todos os níveis de atenção. Algumas práticas da equipe, como acompanhar grande parte das internações e consultas ambulatoriais, ajudam no processo de construção de rede de atenção à esta população. Nesta tarefa, como destacou Louzada (2015), o usuário também é convocado a se responsabilizar por esta construção, à medida que se apropria de seus direitos e deveres enquanto cidadão.

Essa participação esbarra em questões práticas e burocráticas de documentação, fazendo com que profissionais desinformados neguem atendimento à população de rua por falta de documentos de identificação. Esta necessidade de uma maior eficiência dos sistemas e práticas e de que estes reflitam a situação de vida real do usuário é relatado nos depoimentos abaixo:

Acho que nem eles sabem que eles têm direito a serem atendidos, assim como todo mundo tem o direito...(Profissional 4)

...a gente tem muita história de problema de usuário com acesso ao sistema. Então não é só por conta da rede não.(Profissional 3)

...em questão de usuários tentando ir para outro serviço, é muito complicado! É muito complicado! Porque assim, ou a gente precisa estar junto ou a gente precisa munir o usuário de muita informação. Tipo assim “Olha, é um direito seu estar lá. É um direito seu entrar para fazer exame só com o... com o número do cartão do SUS”.(Profissional 3)

...é uma dificuldade enorme, valorizo muito quem trabalha com população em situação de rua e quem tá na luta né...Porque trabalhar é uma luta diária e aí você tá o tempo todo e coloca sisreg e perde sisreg ou consegue se mobilizar todo uma rede para garantir um cuidado né, garantir que, enfim a van consiga levar até uma consulta né, que precise, conseguir depois trazer de volta, é toda uma rede que tem que ser articulada para se garantir o cuidado, principalmente acesso, para além da atenção primária né, articular a rede assim...é muita coisa envolvida...Fico pensando, às vezes na estratégia eu tenho uma dificuldade já enorme de tentar ficar ali naquela coordenação do cuidado, quem trabalha com população em situação de rua, tem esse trabalho 5 vezes maior, então é isso...Articular também com outros setores. O tempo todo, o tempo todo tem que estar articulando com outros setores... (Profissional 2)

Percebeu-se que há desconhecimento por parte dos profissionais quanto ao

funcionamento da rede de atenção à saúde, em especial, da função do Consultório na Rua. Há profissionais da atenção primária que acreditam que o Consultório na Rua deveria se responsabilizar por todo cuidado de pacientes não domiciliados e há profissionais dos demais níveis de atenção que acreditam que a função do Consultório na Rua é transportar pacientes, não se importando em dar altas para pacientes a qualquer hora do dia ou até mesmo da noite, em qualquer ponto da cidade, desconsiderando a vulnerabilidade e a dinâmica de vida desses pacientes. Nas falas da entrevistada 3 ficam claras essas questões:

E reunião de matriciamento, é o tempo todo isso também. De fazer reunião de matriciamento e falar: “Gente, o usuário não é do Cnar, o usuário não é do consultório na rua, o usuário é nosso... Vocês não vão me ligar pra passar caso, vocês vão me ligar pra compartilhar caso”.

Quando ele tem alta lá, é isso, “Você tá de alta, vai embora...” Aí ele vem por contra própria... Dá um jeito. E ele acaba voltando... Pro território dele. Aí ele tem que dar o jeito dele pra voltar, longe, sem dinheiro, faz como?

E casos também de unidades de pronto atendimento, muito complicados. Que dão alta de madrugada. Uma vez me ligaram, às 6 horas; é, eu sempre deixo o meu número pessoal para, em casos de alta ou transferência né, transferência assistida. E uma vez me ligaram 8 horas da noite e falaram “Olha pode vir buscar fulano que ele tá de alta”, aí eu “Opa, espera aí, calma aí, vamos conversar...sou enfermeira do consultório na rua e...a gente não faz esse serviço de transporte. Vou te explicar como a gente funciona”.

Por fim, é de se destacar a importância da APS atuar efetivamente como ordenadora do sistema, com foco de resposta não na doença, mas sim nos sujeitos. Este acompanhamento se dá em local concreto, a partir de um território. Há um saber e um sentir local que deve ser construído a partir de um território concreto, e a Unidade de Atenção Primária seria a peça central neste sistema. Em linha semelhante, complementa Macerata, Soares & Ramos (2014, p.926) :

A AB deve ser a ordenadora do sistema. Ela deve pautar os fluxos tanto da rede quanto a gestão. Deve induzir fluxos, levantar demandas para os outros níveis de atenção, “induzindo gradualmente um sentido organizativo no fluxo assistencial” Podemos entender que a AB é o ponto de contato entre a gestão, rede e o território. Ela poderá observar a efetividade das ações. Por isso ela tem uma função na rede de coordenação da clínica: ela é ao mesmo tempo fundada na singularidade dos sujeitos e territórios, na integralidade do olhar sobre os mesmos, e na universalidade do acesso.

3.2 Território e Nomadismo: De quem é o paciente?

É importante considerar que o tipo de unidade de saúde reflete no grau ou intensidade de responsabilização sobre os pacientes em situação de rua. Na unidade tipo Clínica da Família ou modelo A, os pacientes são acolhidos por todas as equipes. Porém, tendem a ser referenciados para uma das equipes de saúde da família que se concentre na região onde há um maior número de população de rua. Isso foi perceptível nas falas de todas as entrevistadas de uma das Unidades, que sempre mencionam, por exemplo, uma mesma ACS como sendo a principal referência de cuidado com pessoas de rua desse lugar.

A profissional que fica como referência da unidade explica que o acolhimento deve ser realizado por todos, mas que isso foi conseguido porque ao longo do tempo ela vem tentando conscientizar os demais profissionais da unidade sobre as especificidades dessa população:

“Normalmente eles já vêm com a referência do meu nome... E aí os ACSs mesmo me procuram. Quando eu não tô na unidade aí eles fazem o acolhimento. Isso também foi, dentro desses 6 anos, uma coisa que eu venho trabalhando, tipo uma educação permanente pra que essas pessoas entendam a fragilidade, a vulnerabilidade deles...

... todas as vezes que chega um profissional que é novo, eu fico encarregada e isso não é nenhuma cobrança, eu mesma que faço, essa coisa da orientação...”

Conforme entendimento de Van Wijk & Mangia (2019), a função do Agente Comunitário de Saúde (ACS) pode ser compreendida como potencializadora do trabalho em equipe por primar pela produção de vínculos e acolhimento de demandas, além de mesclar saberes, posições sociais e diferentes formações. Para esses autores, o fato dos ACS já terem familiaridade com o trabalho junto a essa população e/ou poderem ter vivido em situação de relativa vulnerabilidade social amplia sua capacidade comunicacional e a compreensão da dinâmica dos territórios de abrangência das equipes, promovendo aproximações entre a instituição e a rua.

Nas entrevistas realizadas na presente pesquisa há um reconhecimento por parte das profissionais, do vínculo e do trabalho desenvolvido por uma ACS específica ao longo dos anos, notado nas falas:

... a gente atende um grande volume de população de rua, e aí essa população [...] eles têm uma ACS de maior referência que é a Fulana... (Profissional 7)

Ela é a mãe dos POPs... (Profissional 7)

Aí, tem a Fulana que é uma amiga minha, também da equipe que ela que fica mais com o pessoal de população de rua, que se identificam muito com ela também. (Profissional 8)

E tem pacientes que só querem ser atendidos pela Fulana, tem pacientes que se acostumaram a ser atendidos por ela, mas têm uns também que a gente já tem uma amizade, aí vem aqui, vem pra ter o atendimento. (Profissional 9)

...era sempre a Fulana, a Fulana é a referência deles aqui, a Fulana é a agente de saúde deles, “Cadê a Fulana, cadê a doutora Fulana?”, aí no outro dia eu falei “Ah, ela não é doutora não, ela é ACS igual a mim, tá”, “Ah tá, desculpa, desculpa tia”. (Profissional 9)

Assim, mas normalmente eles vêm a gente na rua e cumprimenta, às vezes perguntam pela Fulana, que é mais responsável por eles. (Profissional 10)

Na clínica da família que é a base do Consultório na Rua da área programática esta característica se verifica de forma semelhante: os pacientes são quase sempre referenciados para a eCR, mesmo quando eles são fixos no território e conhecidos pelos demais profissionais da unidade.

Quando se tem em um espaço profissionais que se dedicam ao trabalho com essa população, como é o caso da eCR, a tendência é que esses pacientes sejam “empurrados” para essa equipe. Porém, o ideal seria que todas as equipes e profissionais das unidades de atenção primária fossem capacitados e conscientizados para que vissem os pacientes de rua como pertencentes ao seu território, e portanto, como sendo seus pacientes também. Fica ao menos implícito, como na fala abaixo, que os profissionais não vêm o atendimento como uma atribuição natural sua:

...acaba que nem todo mundo tá num bom dia para acolher e tudo mais e nem todo mundo tem... o manejo né... Eu falo que a gente não é especialista em população em situação de rua, mas... (Profissional 3)

A questão da exigência de comprovante de residência, mencionada em outro tópico deste capítulo, também guarda relação com a questão do território. Rosa, Cavicchioli & Brêtas (2005) aponta as contradições do Sistema Único de Saúde (SUS) que, ao mesmo tempo que defende a equidade e universalidade do atendimento, exige dos usuários comprovação de moradia para definir base territorial. Concordamos com os autores, não no sentido de crítica à territorialização, mas que há necessidade de relativizar sua implementação, considerando as especificidades de cada segmento populacional.

Em linha semelhante, na pesquisa de Valle & Farah (2020), verificou-se que muitas pessoas em situação de rua dormiam em um mesmo bairro da cidade por muitos

anos e poderiam estar vinculadas à UBS desse bairro. Por outro lado, os autores verificaram que também existiam as pessoas que não permaneciam em um mesmo lugar durante muito tempo, daí a necessidade de flexibilização, permitindo também o acesso às pessoas em situação de rua que não eram do território da UBS. O acesso a uma única unidade, portanto, não é suficiente para atender à população de rua. A expansão de acesso à unidade básica poderia fortalecer o cuidado integral.

Levar esse entendimento para os demais profissionais é um desafio para a equipe de Consultório na rua, percebido quando uma entrevistada responde que todo atendimento de demanda dessa população é direcionado para eles, como se o paciente não pertencesse à unidade:

*Sim, a gente briga muito por isso também. (Profissional 3)
E reunião de matriciamento, é o tempo todo isso também. De fazer reunião de matriciamento e falar: “Gente, o usuário não é do Cnar, o usuário não é do consultório na rua, o usuário é nosso... Vocês não vão me ligar pra passar caso, vocês vão me ligar pra compartilhar caso”. (Profissional 3)*

Na mesma linha, há falas que explicitam claramente o maior vínculo dessa população com os profissionais do Consultório na Rua:

...a gente como tem a base [do Consultório na Rua] daqui, às vezes eles nem passam pela gente, eles vão direto procurando o pessoal do consultório na rua mesmo. (Profissional 2)

Uma outra profissional relata que é difícil vinculá-los às suas equipes de saúde da família.

Mandam [os pacientes] direto pra gente. Isso é muito complicado, por que? Porque quando eles criam vínculo, eles não querem ser atendidos por outros. (Profissional 3)

É complicado porque quando a gente tá aqui na unidade base, eles vêm procurar atendimento aqui e aí a gente acaba atendendo. Mas quando a gente tá fora, a equipe de referência, que tá para referência de atendimento acolhe. Mas tem vezes que eles não querem acolhimento, eles querem esperar pela gente. Porque quando pega vínculo não adianta, eles não vão querer. É muito complicado eles quererem atendimento com outro profissional que não seja a gente. (Profissional 3)

Indagada se os profissionais da eCR conseguem fazer as pessoas em situação de rua criarem vínculo com os demais profissionais, a entrevistada responde:

*Aqui na clínica não. Aqui eles só querem a gente. (Profissional 3)
Até mesmo dentro das equipes de saúde bucal há quase sempre um direcionamento do atendimento para um determinado profissional que se dispõe a atender a população de rua. Aqui são duas equipes de dentistas, mas assim, se no caso a outra dentista*

que é a Ciclana, ela tá muito ocupada, o outro dentista que é a Beltrana, não se importa de atender, mas basicamente a Ciclana é direcionada para o Cnar, pros pacientes que estão em situação de rua, que é o Cnar. (Profissional 4)

Na unidade mista ou tipo B, que possui equipes de saúde da família e pronto atendimento, a dinâmica apresentou-se um pouco diferente. Os pacientes em situação de rua normalmente são atendidos pela clínica da família, especialmente os que frequentam mais a unidade e possuem maior vínculo com os profissionais. Porém, não é incomum esses pacientes estarem cadastrados de forma temporária no prontuário eletrônico, como se não pertencessem àquele território coberto pela unidade, fazendo com que alguns profissionais encaminhem esses pacientes para serem atendidos pelo pronto atendimento.

Logo, é comum esse “jogo de empurra” em que o paciente acaba ficando sem saber onde ele precisa e deve ser atendido. Pela clínica da família também acontece de direcionarem o acompanhamento dos pacientes em situação de rua para um ACS especificamente, que iniciou por acaso esse cuidado com essa população e acabou se tornando a referência da unidade até mesmo para a equipe do Consultório na Rua. Neste sentido, observemos este relato:

Eu particularmente não escolho território não cara pra situação de rua. Porque eu já cansei de acompanhar, um menino... que estava com tuberculose, ele estava na área da Lopes (Outra equipe de saúde da família) e eu que fazia a medicação dele, o Dots dele. (Profissional 5)

Então, como geralmente, eu faço, sou da microárea 1, e cobre [a praça]...que a maioria quando eles falam, eles falam que ficam na praça e a praça é meu território, então por isso que eu acabo assumindo. (Profissional 5)

Hoje mesmo de manhã ela atravessou ali, aí me vê na rua, já fala, já me cumprimenta, porque eu vou procurando estender o vínculo assim nessas vindas que eles vêm, Peço pra marcar sempre no meu dia, aí é tranquilo. Porque, assim, é uma pessoa que eu tenho que assistir, tenho que assistir do mesmo jeito, não tem, não tem...É o nosso trabalho. (Profissional 5)

Curioso perceber como as pessoas acabam se tornando referência para o atendimento da população de rua por motivos diversos. Alguns começam a criar esse vínculo por afinidade, alguns por acaso, como no caso do profissional que estava no acolhimento na primeira vez que a eCR foi na sua unidade e a partir daí passou a acompanhar as pessoas de rua, outros por opção e alguns até por vocação.

Eu acho que vai de profissional pra profissional. Graças a Deus aqui a nossa clínica é muito portas abertas. Eu nunca vi nenhuma resistência de nenhum profissional em relação à população de

rua, mas claro que você vê que tem uns que têm mais afinidade do que outros. (Profissional 7)

A vaga [cargo de enfermeira] era ampla, aí surgiu a oportunidade da vaga pra consultório na rua, aí perguntaram se eu tinha interesse. Falei “Tenho...Tamo aí” (Profissional 3)

Ela é a mãe dos POPs... (Profissional 7)

A territorialização é uma importante ferramenta utilizada na Atenção Primária em Saúde para limitar a área de abrangência, definir as equipes e profissionais responsáveis por segmentos e planejar ações baseadas no perfil sócio-econômico-cultural e epidemiológico daquela população adscrita. Porém esse não deve ser o principal critério a ser considerado ao se estabelecer o cuidado com pessoas em situação de rua, visto que trata-se de uma população em sua grande maioria nômade, que não costuma afixar-se por muito tempo em um determinado local.

É importante salientar, conforme pontuado por Vargas & Macerata (2018), que o modelo de APS adotado no Brasil, inclui a organização a partir de domicílio fixo para a definição de um território adscrito. Para os referidos autores, esse modelo impede o acompanhamento da dinâmica da rua e impõe uma barreira histórica no acesso dessas pessoas aos serviços de saúde

Louzada (2015) ressalta que as eCR trabalham na perspectiva de que as ações de saúde devem ser guiadas pelas especificidades e necessidades do território, que pode ser compreendido em suas várias dimensões, tais como: território físico, sendo o espaço geográfico, visível e delimitado; território como espaço-processo, dinâmico e construído socialmente; território existencial, relacionado às diversas relações presentes na rua e conexões produzidas pelos indivíduos e grupos.

A inclusão da Rua, como território para atuação da APS, considerando seus diferentes aspectos, tem sido um grande desafio à efetivação do acesso da população em situação de rua no SUS. Uma espécie de “zona cinzenta”, ou “jogo de empurra como o que foi evidenciado nas entrevistas guarda pertinência com a crítica de Louzada (2015), para que, ao se discutir a criação de equipes específicas para cuidar da população em situação de rua, como as eCR, se faz necessário garantir que este não seja o único serviço de atenção primária capaz de se responsabilizar pelo cuidado a esta população e território.

A crítica de Louzada (2015) é no sentido de que a ausência do domicílio parece desterritorializar o morador de rua que, de maneira geral, procura atendimento nos serviços de saúde, gerando nos profissionais certa dúvida quanto ao cadastramento.

Enquanto a definição do local de moradia e conseqüentemente o cadastro do

usuário na ESF é o ponto de partida para o acesso, para as eCR tudo se inicia a partir da relação que se estabelece com o usuário, com a aproximação e compreensão de sua relação com a rua, e o vínculo que se constrói através da disponibilidade da equipe na oferta de escuta e cuidado (Louzada, 2015).

Conforme salientado por Friedrich et al (2019, p.9): “A vulnerabilidade programática aparece relacionada à diretriz da territorialização, quando tomada como delimitação geográfica de acesso, configurando-se em mais uma barreira.” Para os autores, a territorialização, utilizada como argumento de exclusão, deve ser repensada, considerando-se que, em um país ainda repleto de desigualdades sociais, ter onde morar nem sempre é acessível a todos.

As equipes de estratégia de saúde da família que adotam uma lógica hegemônica da territorialização rígida nem sempre têm as portas abertas a esse grupo social, refletindo, muitas vezes, a falta de sensibilidade da equipe em atender os moradores de rua. Somado a isso, a incapacidade de um único local para atender à variedade de problemas apresentados pelos moradores de rua é uma barreira adicional. Territorialização tomada como critério de exclusão funciona como barreira burocrática ao direito à saúde (FRIEDRICH et al, 2019).

Importante destacar, ainda, que o nomadismo da população em situação de rua se explica, na maioria das vezes, pela movimentação em busca de comida, dinheiro, abrigo e segurança, relatado na fala de alguns entrevistados.

Eu morava antes em Madureira e aí vim pra cá. Mas em Madureira também circula paciente meu. Outro dia eu estava andando no centro de Madureira, encontrei paciente meu. Eles circulam muito, então eu encontro eles em tudo quanto é lugar... Na Lapa a gente encontra muito. Zona Sul, que eles passam o dia garimpando na Zona Sul porque dá mais dinheiro. (Profissional 3)
Aqui no Méier tem [muitas pessoas em situação de rua], aqui é o foco cara, não tem como, ainda mais que é um bairro comercial, tem muito comércio alimentício, transita muita gente, muita loja, isso ajuda, eles gostam de ficar onde tem movimento de pessoas, tanto de comércio, pra poder pedir comida, quanto de pessoas fazendo compra. (Profissional 5)

E aqui, esse lado aqui do Méier, é um lado que passa muita comida. Então, sempre vai ter muito mais quantidade de gente desse lado. Durante o dia, eles migram pro outro lado, porque às vezes lá é mais fácil, por conta das lanchonetes. E aí, mas durante a noite sempre passa carreata fornecendo comida e isso faz com que as pessoas das comunidades mais próximas, desçam também pra pegar esse alimento. (Profissional 6)

E também tem gente que tem casa, tem gente que mora lá no Jacarezinho, mas vem pra cá e fica na fila pra pegar comida, aí tem um montão de criança, aí vem, já chama a vizinha, pra pegar comida, que de repente não tem o que comer em casa né, aí vem pra pegar esse alimento. (Profissional 8)

Esta percepção é apontada em estudos do próprio Ministério da Saúde (2012), no sentido que o território é dinâmico e pode ser alterado à medida que o usuário sente a necessidade de migrar para outro local por vários motivos, dentre os quais, a busca de recurso financeiro através de trabalho, a procura de alimentos, o medo da violência, ou a facilidade de obtenção de substâncias psicoativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Outra questão complexa alertada por Manchini (2018) é o ir e vir no interior do território, supondo que a pessoa em situação de rua não se fixa num só local, mas transita pela cidade, e à noite pode estar num abrigo, em outro bairro, e pela manhã no centro. Esta circulação e nomadismo também foi apontada no estudo de Valle & Farah (2020).

Coadunando-se com estas constatações, na presente pesquisa relatou-se que é comum os pacientes circularem pelos territórios também em busca de atendimento:

Mas agora esses casos que chegam, não é que circula aqui no Jacarezinho. Às vezes circula em outro território, tipo Sampaio, e acaba vindo pra atendimento. (Profissional 3)

...fazia contato com o Pernetta, o Pernetta sempre ajudou [na busca e atendimento dos pacientes de tuberculose] e aí a gente vai, porque eles transitam né, aqui do Jardim e lá na praça Grieco, tão lá e tão cá. (Profissional 6)

...eles são muito, assim, cada hora tá em um lugar, eles pulam de bairro, de territórios e vão chegando muitas pessoas novas e nessa que chega que a gente vai colhendo bastante coisa né. (Profissional 7)

Eu moro no Méier, eu vou muito do outro lado e vejo que muitos deles ficam lá, mas eles preferem vir aqui, mas como é população de rua ele é acolhido em qualquer local né. E aí eu percebo que muitos deles ficam lá do outro lado mas que eles gostam do acolhimento aqui, do atendimento aqui né... a equipe que acolhe é o Jardim do Méier, é uma equipe boa, o médico é excelente, e, eles gostam disso né, eles sentem, eles criaram esse vínculo e aí eles sempre vêm. (Profissional 11)

Algumas entrevistadas relatam a dificuldade em realizar um acompanhamento longitudinal dos pacientes em situação de rua:

Porque muitas das vezes eles são pacientes em situação de rua que são fixos de um local só e às vezes eles são andarilhos. (Profissional 1)

Os usuários às vezes são muito transeuntes, eles andam muito, então acaba que eles não ficam com nenhuma equipe... (Profissional 3)

Uma das entrevistadas cita a alta rotatividade entre as pessoas em situação de rua pelos territórios de Manguinhos e Jacarezinho que acontece por questões de violência abordadas mais detalhadamente em outra entrevista.

Aqui a gente tem uma rotatividade muito [alta] do pessoal [entre]Manguinhos, Jacarezinho... (Profissional 2)

Em uma típica prática de higienismo social, a entrevistada explica que acontecem nestes territórios ações do poder público como “Cidade Integrada” com o objetivo de “limpar a cidade” aonde retroescavadeiras chegam em locais, especialmente cenas de uso de drogas, mas também em locais onde as pessoas se abrigam e retiram tudo: pertences, medicações, roupas, etc e jogam no lixo. A profissional também explica como operações policiais refletem em mudanças de território:

De migração também, isso é muito importante pontuar, não só de aumento [da população em situação de rua] mas de migração...Porque acaba que assim, a gente acaba pegando a região do Méier aqui também né, é... e pra chegar em Manguinhos é atravessar uma rua, né...E aí entrou o Cidade Integrada aqui no Jacarezinho, migrou muita gente daqui pra lá. Eles tiraram uma cena de uso muito importante aqui de trás, que tinha muita gente, migraram pra lá, com a Cidade Integrada, migraram pra lá.E aí... O que eles fizeram? Limparam o território? É, tiraram tudo, eles vêm com retroescavadeira tira tudo e joga tudo no lixo e acabou e é isso, limpou a cidade. (Profissional 3)

A profissional faz questão de enfatizar mais uma vez este ponto: relação direta entre operações policiais, e as mudanças de território/migrações:

Acaba que não voltam porque a polícia tá ali dentro, se voltar vai ser esculachado, vai levar tiro, é isso, então, não vai voltar. E aí...migraram pra Manguinhos, só que em Manguinhos tá tendo muita operação, aí eles voltam pra cá pro Jacarezinho, em um outro local... (Profissional 3)

Pessoas que ficavam no Jardim do Méier, onde foi proibida a entrada de pessoas em situação de rua (...), proibiram porque estava sujando muito...E aí eles migram do centro do Méier pra cá ou pra outros locais... (Profissional 3)

Essa migração ocorre muito por conta da violência de querer “limpar” (sic) pontos turísticos da cidade também, né...Esse aumento da migração ocorre muito por isso, mas a gente também vê um aumento exponencial de população em situação de rua. (Profissional 3)

Pelo modo como a profissional se expressava, a questão da “limpeza”, e das políticas de “lei e ordem” parece ser algo que está normalizado no cotidiano da cidade observado sob as lentes destes profissionais. Ainda que transpareça ser um expediente

utilizado de forma corriqueira, há na intenção da fala uma crítica profunda a estas políticas e o reconhecimento de que se trata de uma forma de violência e que afeta a rotina de atendimentos.

Também houve ouve relatos de percepção da diminuição do número de pessoas vivendo nas ruas em determinados territórios, devido a retirada desses indivíduos realizada por órgãos da prefeitura, que segue a lógica paradoxal higienista do “problema que não existe é o problema que eu não vejo.”(FIORE, 2017). O temor e terror dos recolhimentos da Prefeitura constam na fala da entrevistada:

Agora eu tô achando que já deu uma diminuída, mas eu não sei se porque falaram que tinha uma operação da prefeitura pra retirada deles, aí eu não sei se foi por conta disso. Eles relatam que esse local que eles levam pra...que a prefeitura leva, é muito ruim, é um lugar desumano, então eles não querem ir pra lá... teve um morador que falou, que teve uma época que tava vindo, eu não sei o nome daquele pessoal, pra levar pro abrigo, né. (Profissional 7)

Nesta fala, é possível observar um juízo de desvalor mais evidente em relação às políticas de recolhimento da população por órgãos municipais e de abrigamento em instituições consideradas desumanas.

Estar atento a essa movimentação, saber orientar o paciente sobre seus direitos e trabalhar em rede, são de suma importância para minimizar as barreiras de acesso ao sistema de saúde. Na fala abaixo a profissional 6 explica como faz a busca ativa e entrega de encaminhamentos para outros níveis de atenção:

quando eu não encontro, eu faço contato com CRAS, com CREAS, com Consultório na Rua pra ver como é que a gente vai fazer pra achar. E pra que eles consigam ir até esses locais? Sim, sim, Mas eu, quando eles vêm aqui, eu também oriento eles que se ele estiver lá no centro da cidade e passar numa clínica da família eles conseguem olhar pelo sistema e saber que tem um sisreg que vai sair lá no Méier, e aí eles conseguem voltar... e aí a gente vai tentando fazer a busca ativa dessas pessoas. Mas eu tento criar neles a responsabilidade, não como uma exigência, mas até como a construção, reconstrução do ser humano mesmo.

Essa mesma profissional também relata a dificuldade que essas ações de “higienização” trazem ao dispersar os pacientes, fazendo com que eles busquem locais mais seguros e interferindo no acompanhamento de saúde dessa população.

a gente percebeu essa higienização aqui, porque você vai percebendo assim, que as pessoas pararam de acessar... Aí, aquele que eu tenho mais intimidade consegue me falar “Não porque já teve, já aconteceu isso, porque passou um carro aqui e

mandou todo mundo sair daqui”. E aí eu vou vendo que existe um outro movimento pra que essas pessoas saiam daqui... Se a gente tem um paciente que faz tratamento de tuberculose, ele sai do território, pra mim é muito mais difícil acessar... se ele não tá no território, fica muito mais difícil eu ir para outros territórios... de fazer essa busca ativa. E aí a gente começa a ter um outro trabalho de fazer as ações no Jardim, de tentar trazer, empoderar essas pessoas, empoderar no sentido de que eles têm direito, que o SUS é pra eles, né, que é universal, é pra todo mundo, que o acesso é livre, que eles têm acesso aqui e a demanda sempre que precisar. E aí a gente tem que ficar batendo isso na tecla, na tecla, na tecla. E aí você vê que eles vão dispersando. “Onde tá fulano?”, “Fulano tá lá na Tijuca, Beltrano tá lá no Centro”, “E por que não tá aqui?”, “Não, porque aqui tá ficando perigoso, aqui tá ficando mais difícil de ficar”. E aí isso vai dificultando o trabalho da gente .Esse movimento tem acontecido. Não sei se é por conta desse período que a gente passa de política mesmo ou se isso vai ser uma coisa que vai permanecer.

Como apontado por Engstrom & Teixeira (2016) e por Dantas (2007) no referencial teórico, a prática de encaminhamentos a abrigos, como parte de uma estratégia higienista – cidades “limpas”, ambientes “agradáveis” - traz uma série de violações de direitos destes sujeitos, a começar pelo direito a ter direitos e de “estar” no mundo. Viola-se a dignidade da pessoa em sentido amplo, e de forma concreta percebe-se os impactos em acesso ao direito à saúde. Persistem no Rio de Janeiro as políticas de recolhimento, por vezes violentas (DANTAS, 2007)

O que se percebe é que as políticas de assistência social focadas no recolhimento de pessoas em situação de rua e encaminhamento aleatório a abrigos impacta diretamente tanto nas condições de trabalho dos profissionais de saúde – dificultando o contato com os pacientes e a própria gestão do território, como no acesso aos serviços de saúde em si pelos pacientes, que acabam não recebendo um cuidado longitudinal. Prejudica-se não só a formação de vínculo com as equipes, mas a própria qualidade da atenção à saúde.

3.3 Violência e Discriminação

Para romper com o ciclo da violência e da discriminação:

As pessoas e os grupos sociais têm o direito a ser iguais quando a diferença os inferioriza, e o direito a ser diferentes quando a igualdade os

descharacteriza”.(SANTOS, 1997, p. 30)

É notório que a população em situação de rua sofre violência de todos os tipos em diversas ocasiões no seu dia-a-dia. A violência pode ser tanto física quanto moral. Independente de qual seja, essa crueldade leva a manifestações que prejudicam a qualidade de vida do indivíduo (Erem & Denem, 2017). Triste é constatar que essa violência ocorre também nas Unidades de Saúde, local que deveria estar sendo permeado por uma cultura de paz para que se alcance o bem-estar biopsicossocial dos indivíduos e da coletividade.

Situações de agressões físicas, motivadas unicamente pelo preconceito contra pessoas em situação de rua, reforçam o tratamento higienista e ocorrem no interior das unidades envolvendo os próprios pacientes, como pode ser visto nesses depoimentos:

A gente já presenciou agressão até... De um paciente que bateu na usuária que estava deitada dormindo... (Profissional 4)

...eu comecei a escutar uma gritaria lá no Espaço Sideral³ e aí saí da sala correndo, a amiga dessa paciente estava brigando com uma das pessoas que estavam dormindo lá, que estava em situação de rua e tacou uma cadeira em cima dela... e eu só conseguia falar assim "Mas como é que você "jogando uma cadeira em cima de uma pessoa?", "Ahhhh, mas é cracuda", aí eu falei "Mas é uma pessoa", "Mas é cracuda, vocês ficam defendendo esses cracudos, quando você sair daqui eles vão ali e vão te assaltar"... E aí ficou falando, "é cracudo, vocês ficam defendendo cracudo, vocês ficam deixando os cracudos dormirem aqui dentro." e eu só conseguia falar assim "mas ele é tão paciente quanto a gente, quanto você, tem que ter respeito, você não pode tacar uma cadeira em cima de ninguém. (Profissional 2)

Este caso demonstra, além da agressão verbal e da violência física, o preconceito e a estigmatização, quando a paciente se refere de forma generalizada às pessoas em situação de rua como “cracudos” e assaltantes. E no desenrolar desse episódio, percebe-se o quanto os profissionais entendem que agentes de segurança pública podem atuar de modo contrário ao que se espera: um órgão que traz medo e insegurança em se tratando da abordagem a essa população. Neste sentido:

Acabou que assim, depois né, o pessoal até falou, ah vai chamar a polícia, não vai chamar? Mas assim, é complicado né, chamar a polícia, alguém que tá em situação de rua, que às vezes está sem a documentação...Então a gente acaba que não chama. Nesse caso tinha que chamar a polícia para a mulher que agrediu, né? Mas se chama a polícia, a polícia vai querer abordar todo mundo, então... (Profissional 2)

A profissional relata ainda que as situações de violência verbal de pacientes com

as pessoas que buscam o espaço da clínica para descanso (Espaço Sideral) têm sido frequentes:

Tem acontecido, e tem acontecido com muita frequência, vez ou outra a gente ouve ali umas situações em que o pessoal tá dormindo... Eles ficam falando "ah vocês não podem deixar eles aqui dentro da clínica", mas como assim a gente não pode deixar eles dentro da clínica? (Profissional 2)

Em sentido semelhante, na pesquisa de Pinto et al (2018) também se relatou experiências de agressões verbais, nas quais indivíduos alegavam que, em vez de o profissional da saúde estar na rua cuidando “dessa gente”, deveria estar em hospitais. O que reforça o entendimento desse grupo como sem direito à vida com saúde, configurando uma violação de direitos.

A partir dos estudos sobre as vivências no Consultório na Rua percebeu-se que os pacientes em situação de rua se sentem inseguros para dormir, especialmente à noite, devido a inúmeras situações de agressão, roubos e até mortes. A relação entre doenças ocasionadas pelo pouco sono é relatada por Erem & Denem (2017): o medo da violência, frio, fome interferem na qualidade e quantidade de horas de sono.

A partir desta percepção, no caso de uma das clínicas em que foram realizadas entrevistas, foi criado um espaço dentro da Clínica da Família chamado Espaço Sideral, que acolhe os pacientes que buscam um local seguro para dormir, descansar e fazer refeições. A ideia é interessante, mas acaba trazendo à tona o preconceito por parte dos demais pacientes da clínica que acreditam que as pessoas que vivem nas ruas “dormem o dia inteiro”.

"eles vêm aqui pra clínica para dormir porque de noite eles passam a noite acordados porque se eles dormirem alguém rouba eles", eu falei "caramba...(pensativa)", se ele dormir, alguém passa, rouba a mochila dele. Então ele tem que ficar acordado a noite, então ele dorme durante o dia né?! Muitas pessoas a gente ouve assim "Ah, mas esse pessoal de situação de rua só chega aqui meio-dia, por que que não chega cedo? Dorme o dia inteiro", eu nunca tinha parado pra pensar, e aí quando a gente ouve, é verdade, porque se dormir é assaltado, é agredido, então tem que estar com um olho fechado e o outro aberto. (Profissional 2)

Explicar aos demais profissionais o quanto a rua pode ser insegura e porque as pessoas que nela vivem estão muito mais sonolentas durante o dia e ativas durante a noite, é um dos trabalhos realizados pela equipe de Consultório na Rua em suas reuniões de matriciamento nas unidades:

Eles [Consultório na Rua] explicaram pra gente que eles não dormem a noite porque a rua é muito perigosa... e aí de dia é onde eles dormem mais né, (...) que a rua é muito insegura e é onde eles se sentem seguros de dormir é no horário da manhã.
(Profissional 4)

A entrevistada relata ainda o quão terrível deve ser viver nas ruas, tendo que lidar com situações de insegurança, além do frio, da fome e do preconceito da sociedade:

Sentir frio, fome, esse olhar que a gente tem, que eu falo de uma forma geral, que não sou eu, mas eu tô falando de uma forma geral, de desumanizar a pessoa... Deve ser terrível. Insegurança... Tem sempre um psicopata. já aconteceu caso de pessoa botar fogo em morador de rua que estava dormindo, tipo é surreal, mas acontece... E aí entrou aquela questão que as meninas do Cnar estavam explicando pra gente, por isso que eles evitam de dormir na rua à noite, dormem mais de dia porque é onde eles se sentem mais seguros (Profissional 4)

Também é comum relatos de agressões físicas entre as pessoas que vivem nas ruas e a banalização da violência nesse meio. Nesse sentido, a partir do depoimento de alguns entrevistados, vale a reflexão: Será que todos os casos de brigas e agressões sofridas pelas pessoas em situação de rua que chegam no atendimento são notificados como violência, como se espera pelo protocolo?

E aí, a gente recebe muita gente brigas assim, machucado e aí também são coisas que marcam. (Profissional 7)

Tem população de rua que realmente é meio esquentada né, mas a maioria é tudo gente boa. Aí vem com a cabeça quebrada, que brigou com outro, aí veio porque brigou. (Profissional 9)

... acho que ele se envolveu numa briga com alguém, eu achei estranho porque ele era na dele, ele não mexia com ninguém, com ninguém mesmo, ninguém; aí se machucou, se machucou, estava com umas escoriações... Mas a partir daí que você acha que ele quis sair da rua? É. Isso. [após essa situação o paciente foi para uma casa de acolhimento]. (Profissional 5)

Por meio dessa última fala podemos perceber que a violência sofrida constantemente nas ruas pode ser um gatilho que faz a pessoa querer buscar um abrigo e sair desse ambiente hostil. No entanto, os relatos trazidos quase sempre mostram que os abrigos para onde as pessoas em situação de rua são levadas também não são ambientes saudáveis.

“... tinha um abrigo que era pra população de rua, que tinha que procurar, aí a gente orientou, eles reclamaram, falaram “Ih, aquilo ali é muito ruim.” Falavam que não dava pra ficar ali. Só falavam isso: “Ah não, a gente não quer não, não vou não,”
(Profissional 9)”

“Eles relatam que esse local .. que a prefeitura leva, é muito

ruim, é um lugar desumano, então eles não querem ir pra lá... (Profissional 7)”

“E eles falam que os abrigos são muito ruins, então eles não querem ir e quando o abrigo é bom, é muito lotado aí não comporta a quantidade de gente. (Profissional 6)”

... os abrigos são horríveis... Aquilo ali não é acolhedor pra ninguém, pra ninguém... Tanto é que o rapaz pediu pra ir para o abrigo, foi, ficou uma semana e voltou pra rua. Então eu acho que, isso aí deveria ser repensado, repensado no sentido de estrutura nova, um local confortável, um local limpo, um ambiente saudável, com comida digna, com profissionais que atendem a pessoa com humanidade, é um conjunto de coisas, pra começar. (Profissional 5)

“Esses lugares obrigam a gente a pedir para sair.” (Profissional 1)

São comuns no município ações de caráter higienista e implementação de ações pautadas pela perspectiva da segurança pública, com a retirada forçada da população para abrigos e albergues. Os recolhimentos ocorrem especialmente na Zona Sul do Rio de Janeiro. Dantas (2007) e Hallais & Barros (2015) relatam, respectivamente, operações municipais como “Catatralhas” e “Catatreco”: a pretexto de limpar espaços públicos centrais, recolhem objetos pessoais e pertences em geral da população em situação de rua.

Mesmo percebendo-se a precariedade dos abrigos para pessoas em situação de rua e a necessidade de se ter políticas públicas voltadas para moradia, podemos notar falas em que transparece a ideia de que a pessoa está nessa situação porque gosta da “liberdade” da rua. Repetem-se argumentos de que as pessoas em situação de rua não gostam de organização, disciplina, de cumprir regras e não querem ter compromissos. Alguns chegam a relatar que essas pessoas estão na rua porque gostam de viver assim.

... “Ah ele não gosta de seguir regra, nova?” isso aí é uma coisa,, mas os abrigos são horríveis.... (Profissional 5)

Porque eu acho que a rua traz uma liberdade, né... (Profissional 6)

A rua é um lugar que ela te dá uma liberdade, que você não tem regra. (Profissional 6)

... ele ia pra outro lugar, só que também ele não queria ir porque tinha regras né, tipo assim, de horário de entrar... mas acho que ele não queria assim muitas regras né, nesses lugares que tinha horário, aí ele não gostou. (Profissional 8)

Mas eu acho que, ele não quer regra, porque, quando a gente começa a conversar com ele, eu vejo que, de vez em quando ele perde um pouco a paciência... (Profissional 8)

E assim, na rua, dependendo do que eles querem fazer tem mais liberdade né... (Profissional 11)

...eles têm o vínculo de ficar lá [locais de acolhimento], porém

eles não gostam, eles não querem. Existem locais que eles podem ir lá, tomar banho, se alimentar. E aí, só que eles não querem ficar presos, eles gostam da liberdade da rua, entendeu?. Eu acho até que o governo trabalha, faz, tem um sistema legal, porém, muitos deles não querem ficar, entendeu?. Eles não querem se submeter àquela organização, porque você tem que ter disciplina... (Profissional 11)

eu acho que tem população que gosta, pelo fato de não ter um compromisso com aluguel, com contas, essas coisas assim... Então eu vejo isso, que tem pessoas que gostam, gostam não, não querem ter um lugar fixo, né, não querem ter compromisso, e outras porque realmente não tem pra onde, parece que não tem pra onde ir. (Profissional 10)

Essas falas mostram um preconceito incrustado nos profissionais que não refletem sobre a dinâmica e condições de vida dessa população e sobre porque aquelas pessoas foram parar nas ruas.

De fato, conforme Dantas (2007), os profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde frequentemente não estão capacitados para este atendimento, por desconhecerem as particularidades desta população e a dinâmica da vida nas ruas, e pelo preconceito que os leva a rejeitar o paciente, assim que este é identificado como “morador de rua”. Características estigmatizantes como a sujeira, o mau cheiro e o efeito de drogas lícitas e ilícitas são, muitas vezes, determinantes para a precariedade no acolhimento ao morador de rua nos serviços de saúde (HALLAIS E BARROS 2015).

A partir de meados da década de 2010, especialmente após o impeachment da Presidenta Dilma, entra em cena um contexto de austeridade com redução das políticas sociais, limitações de gastos com saúde, reformas trabalhistas e previdenciárias, que empurraram milhões de brasileiros para a pobreza. Sobejaram pessoas vivendo em situação de rua. Em Nota Técnica do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada estima-se que tal população tenha crescido 140% a partir de 2012, chegando a quase 222 mil brasileiros em 2020. O quadro se agravou com a crise econômica acentuada pela pandemia da Covid-19, levando para as ruas famílias inteiras, modificando o perfil dessa população, até então composta em sua grande maioria por homens adultos jovens (SOUZA, 2022, p.37).

Diagnóstico Sintético do Censo de população em situação de rua realizado em 2020 no município do Rio de Janeiro apontou que 20,4% das 7272 pessoas recenseadas nessa situação, foram para as ruas após a pandemia de coronavírus. E o principal motivo que levou estas pessoas às ruas depois da pandemia de coronavírus foi a perda do trabalho (SMAS-RJ, 2020).

Dados da Pesquisa Nacional sobre população em situação de rua realizada em 2008

mostram que a maioria são trabalhadores (70,9% exercem alguma atividade remunerada) em grande parte de atividades no mercado informal, como catadores de materiais recicláveis e flanelinhas. Esta população possui como traço comum a miséria, a invisibilidade social, a exclusão e status de marginalização. Conforme afirmamos anteriormente (Souza, 2022, p.37):

É corriqueiro chamá-los de vagabundos e cracudos. São vítimas de ações higienistas por parte do poder público. A negação de direitos gera a perda do reconhecimento de sua voz e identidade: tornam-se invisíveis, e eventualmente ganham destaque apenas quando se trata de reforçar estigmas. Mais que moradia regular, necessitam de respeito e inclusão garantindo-lhes direitos sociais como alimentação adequada, saúde, educação e emprego.

O caminho para transformar esta realidade não é simples. Mas o estado de violência e discriminação pode ser minimizado a partir de uma maior aproximação entre os profissionais e a população. Conforme afirmam Valle & Farah (2020, p.16):

É preciso que sejam ampliadas as estratégias de desmistificação das questões que geram o preconceito. Nesse sentido, atividades de aproximação dos trabalhadores do setor público à população em situação de rua, através de rodas de conversas e outros espaços de interação, por exemplo, podem produzir efeitos positivos.

Também podemos perceber a existência de um preconceito velado ou um viés inconsciente quando afirma-se nas entrevistas que “não deixa de falar com os pacientes que são de rua”, como se fosse uma obrigação pelo fato deles estarem sempre pela clínica. Este padrão de fala guarda alguma semelhança como o que ocorre em casos de racismo estrutural. São exemplos de falas das pessoas que carregam preconceito: “não tenho nada contra”, “não tenho problema nenhum com eles, mas tem gente que tem”. Algo semelhante ao racismo quando uma pessoa diz “eu até tenho amigos negros”.

Assim, eu tenho vivência de acolher, e aí eu converso, como eu tinha te falado, e assim, não tenho assim nada co [contra]... Se vier a gente fala, a gente acolhe, a gente conversa, a gente passa pelo corredor e fala, até porque eles já estão sempre aqui... eu nunca tive nenhuma situação assim com eles de, perturbação. Outras pessoas já devem ter tido, mas eu não, nunca tive..
(Profissional 11)

No sentido contrário do que foi falado por esses profissionais, alguns entrevistados relatam que a rua tem suas regras próprias de vida, mostrando que o que parece liberdade na verdade é estar enclausurado fora de quatro paredes em uma imensidão de desafios, expiações e sofrimentos.

Você só precisa seguir a regra da rua, né, que é não se meter com outro, não criar problema, você vai ficar ali naquele teu mundinho que você construiu, quieto. E aí você percebe que cada indivíduo é diferente no contexto que tem gente que gosta do grupo e tem gente que gosta de ficar isolado. (Profissional 6)
Mas estar na rua é conviver com violência, violação de direitos, é...ação truculenta o tempo inteiro do Estado, conviver com a

dinâmica do território o tempo inteiro, dinâmica de ingerência local, de território ... Tem toda uma regra de território, né, dependendo de onde eles ficam. Tem toda uma dificuldade de guardar pertences, também. Então, quem não tem uma maloca, quem é muito circulante, quem é muito nômade, acaba carregando tudo com ele e mesmo assim algumas vezes eles perdem, por conta de algumas ações truculentas, né. (Profissional 3)

No trecho acima a entrevistada aborda a questão da violência institucional praticada por órgãos estatais, muito comum em se tratando de população de rua e também citada por outros profissionais como política de higienização. Esta percepção é reforçada nos trechos a seguir:

Temos relatos que jogam fora identidade, medicação. Eu tive uma gestante que vivia numa ocupação, que a Comlurb veio junto com a PM e a assistência e derrubou tudo, levou o enxoval inteiro pro lixo, não deram nem tempo pra tirar o enxoval da criança. Não levaram só o enxoval, levaram a medicação, levaram a medicação do companheiro que é hiv positivo. Jogam fora?! E esse foi o dia que a gente mais recebeu paciente aqui pra pegar medicação. Perderam tudo! (Profissional 3)

Pessoas que ficavam no Jardim do Méier (foi proibido de pessoas em situação de rua entrarem no Jardim do Méier), proibiram porque estava sujando muito... Não pode mais entrar, Méier Presente não deixa mais. Se eles vêem alguém lá dentro... Tira, manda sair... (Profissional 3)

O Jardim do Méier ultimamente está com uma política de higienização. De retirar as pessoas... Sim, isso é uma coisa que me preocupa porque isso inviabiliza o acesso deles né, porque o medo te faz afastar. E aí, a gente tem tido sim, relatos de pessoas que estão passando de carro, pessoas que estão nessa coisa de tirar né? Isso aqui não pode aparecer. (Profissional 6)

Enquanto na presente pesquisa, cujos participantes selecionados são profissionais da estratégia de saúde da família que trabalham diretamente com pessoas em situação de rua, o fio condutor de respostas foi em uma linha de repúdio às práticas higienistas, Alt (2007) constatou em sua coleta de relatos, posições em que os profissionais defendem, de forma mais clara as remoções. Conforme relata Alt (2007, p.65):

Outros entrevistados adotam uma postura de higienização, argumentando que é anti-higiênica a forma como a população de rua ocupa o centro urbano do Município de Pelotas, alegando que essas pessoas devem ser “removidas” para abrigos. Mas, quando falam, alegam que é por pena e não por sentirem-se incomodados. Os higienistas alegam que a população de rua é composta por criminosos, transmitem doenças, privatizam o espaço público e depreciam a imagem das cidades.

A inviabilização do acesso, nestes casos, relaciona-se diretamente com a lógica de invisibilidade dos sujeitos. Mesmo sobrevivendo em situação de miserabilidade e com

acesso precário a uma vida digna, estes sujeitos, ocupando o espaço público, tornam-se em alguma medida, “visíveis”.

Visíveis com seus problemas, com suas interações difíceis junto às demais camadas da sociedade, com suas mazelas. Visíveis, minimamente, para os profissionais da saúde, que, em suas interações com sujeito/território, buscam prestar atendimento. A prática higienista parte de uma lógica em que se prioriza uma invisibilidade “sensorial”: da visão estética de que as paisagens, jardins e praças ficam “feias”. Ou mesmo que ficam mais sujas e “cheiram” mal. Por isso, ao menos nesta visão, é preferível bancos “limpinhos” e jardins floridos, sem a ocupação dos indesejáveis.

Só que esta lógica acaba tendo efeito deletério além da questão “urbanística”, em si, pois dificulta o acesso à saúde dos que foram removidos à força ou obrigados a buscar outras paragens. Dificulta, como narrado pela Profissional 6, o próprio atendimento cotidiano daqueles que permanecem nos locais resistindo. Estes passam a ver o agente público em geral com desconfiança, como um inimigo em potencial, que a qualquer momento pode acionar a “carrocinha” da Prefeitura para levá-los para um abrigo distante a 60 quilômetros dali.

De qualquer forma, todos esses modos de intervenção higienista estabelecem, na percepção de Macerata, Soares & Ramos (2014, p.924):

uma forma de relação: a de pouca ou nenhuma troca, um modo de relação onde se pressupõe a eliminação do outro diferente. Um modo de relação que busca se aproximar o menos possível do que na rua existe e insiste. As intervenções geralmente visam controlar e normalizar o sujeito que vive na rua, para com ele evitar o contágio. Nossa experiência de trabalho com a rua no âmbito das políticas públicas de saúde e assistência social aponta para outro sentido: para cuidar da pessoa em situação de rua é preciso se aproximar, contaminar-se de seu território e seus modos de vida, primeiramente habitar esse território existencial.

Quanto às posturas higienistas, parece existir um ponto de dissenso e distanciamento entre o atuar das equipes de saúde e o *modus operandi* das forças de segurança e, por vezes, da assistência social. A lógica de cuidado ampliado nem sempre está presente nestas duas últimas. Uso desmedido de força policial e ações compulsórias de recolhimento são relatadas por Engstrom & Teixeira (2016) e por Silva Jr. & Belloc (2018). No território pesquisado por Junior & Belloc (2018) há a percepção, por exemplo, de que há de um lado, os serviços de saúde que procuram produzir e oferecer algum tipo de cuidado, e, de outro lado, um serviço de segurança pública que criminaliza, aprisiona e produz violência aos sujeitos.

Interessante reproduzir ainda o estudo realizado por Silva, Cruz e Vargas (2015, p.252) em uma equipe de Consultório de Rua no Rio de Janeiro, mostrando certo medo

dos usuários, em razão do histórico de discriminação pelos órgãos do Estado:

O vínculo inicial da equipe do Consultório na Rua de Manginhos estabelecido com as pessoas em situação de rua naquela região foi marcado nos primeiros momentos pelo constrangimento, pelo medo e, simultaneamente, pelo desejo de cuidado. O constrangimento, segundo relato da equipe, esteve associado ao fato dos usuários acharem que seriam rejeitados no espaço da clínica. O medo era derivado da contradição das políticas públicas, particularmente da Prefeitura/RJ, uma vez que o usuário por um lado era repreendido, recolhido por equipes de outras secretarias do município do Rio de Janeiro, e por outro, experimentava a oferta de acolhimento e cuidado pela equipe de saúde.

Esta relação de tensão e desconfiança de agentes públicos, especialmente de agentes de segurança, é vivenciada pelos profissionais de saúde, que testemunham situações de abordagens agressivas. Uma das entrevistadas traz um depoimento de uma agressão física disfarçada de conduta profissional praticada por um integrante do corpo de bombeiros que a deixou chocada pela violência:

Tínhamos um paciente morador de rua que” é saúde mental” e ele surtou aqui dentro [do posto]. Foi bem apavorante porque foi um surto bem grave... E aí teve que chamar o bombeiro pra conter, aí foi uma coisa que ficou bem marcado, porque como ele estava bem alterado, os bombeiros já chegaram meio que deram um chute assim no peito dele pra ele poder cair no chão e imobilizar ele, porque ele estava um pouco agressivo, não sei se isso é procedimento, mas eu fiquei bem abalada aqui assim, achei um pouco violento, mas ele também estava bem violento.. eu acho que, não sei se essa seria a forma, só sei que foi uma coisa que me marcou, né. (Profissional 7)

Situações de violência obstétrica também foram relatadas mostrando os desafios em se realizar o pré-natal da gestante em situação de rua e conseguir prestar o cuidado necessário à mãe e ao bebê.

Questão de gestante é muito complicada... são pré-natais muito difíceis e quando dá entrada na maternidade, é violação de direito da porta de entrada até a porta de saída. Além da questão do sequestro das crianças né, que a gente fala de sequestro das crianças de uma forma, é...mais pejorativa assim, mas é porque...literalmente o sistema é muito cruel com essas mulheres...Porque, entra, já se pressupõe que ela tá em uso, não é perguntado se ela tá em uso ou não. E aí, ela já é barrada... (Profissional 3)

Esta abordagem se coaduna com o estudo de Medeiros (2019, p.47) e Sousa (2018, p.44), no sentido de que a estigmatização social do estar na rua leva à negação do acompanhamento médico no pré-natal e no puerpério.

A profissional relata o preconceito e estigmatização dessas pacientes que ao entrarem na maternidade já são rotuladas e até registradas como usuárias de drogas impedindo que essas mulheres exerçam sua maternidade de fato ao proibir a amamentação

e ao impedirem o contato dessas mães com seus filhos. Tais relatos se assemelham ao trabalho de Jorge et al (2022) sobre mães órfãs e suas reflexões sobre o direito à maternidade.

...[ao dar entrada na maternidade para parir] nem foi perguntado pra mulher se ela estava em uso e ela já foi registrada no prontuário como usuária de droga em uso de crack, é...e que isso foi avaliado porque durante o período da...período do parto, né, do trabalho de parto, ela estava muito agitada e depois do parto ela ficou sonolenta... Ué, mas isso é normal... Que mulher não fica agitada no trabalho de parto e que mulher não fica sonolenta e cansada após o parto? E aí a criança não teve contato pele-a-pele, ela ficou dentro de uma sala e... Ela começou...quando ela, (gagueja), quando ela estava em período expulsivo, ela relata que ela segurou a cabeça do bebê e segurou na perna de um profissional e falou “Me ajuda”, e aí na hora da parte do expulsivo mesmo, é, veio a equipe, a enfermeira pegou a criança, entregou na mão do pediatra, e ela não teve contato pele-a-pele, ela não pôde amamentar... E aí ela já tinha dito pra gente que ela estava sem usar crack porque ela queria amamentar a criança. A criança foi pra unidade de internação.

Quando a gente questiona o porquê, “é porque a mãe não tem condição de cuidar”, sendo que isso não foi avaliado. (Profissional 3)

Surgiram também durante as entrevistas casos de preconceito por parte de pacientes das unidades de saúde em relação aos pacientes em situação de rua, que vão desde olhares discriminatórios a falas como não querer usar o mesmo banheiro que o paciente de rua usa, ou mesmo de pacientes ligarem para polícia para retirar a pessoa de rua de dentro da clínica:

O fato da clínica atender também outras pessoas, isso também faz com que eles se sintam constrangidos por estarem nesse ambiente. Tem gente que não vai externar, mas o olhar né, a linguagem corporal às vezes fala mais do que mil palavras. E aí, precisa a gente ter um olhar diferenciado pra que o atendimento seja rápido e eficaz pra essa população. (Profissional 6)

Aqui o pessoal fala, “Tem um morador de rua no banheiro”, eu falei “Usa o outro”, “mas aquele lá é de mulher”, “é, mas é o mesmo banheiro, só a placa que é de mulher”. A outra falou pra mim assim “é difícil né, você botar o seu filho num vaso em que o morador de rua usou”, eu falei assim “Não, difícil é você botar o seu filho num vaso público em qualquer lugar”. Sim. Não é porque o morador de rua usou, porque todas as pessoas usaram. E aí você vê que essa fala pra ela não, é muito natural, “Não, porque eu posso pegar piolho”. (Profissional 6)

...a gente teve um problema aqui que uma usuária chamou a

polícia pra um morador em situação de rua e isso foi muito chato e aí no colegiado gestor a gente falou. (Profissional 6)

A entrevistada explica como a questão do preconceito aparece também dentro do Colegiado Gestor, o que acaba afastando a participação da população de rua desse espaço que também deveria ser por ela ocupado para reivindicar seus direitos:

O Colegiado Gestor é muito importante, mas a população participa muito pouco... eu fico muito temerosa, não de sair alguma briga (...) o público que vem é esse público que não quer que eles acessem. E aí eu fico muito temerosa no sentido de constranger num nível, e achar assim “Pô, esse local realmente não é pra mim”. (Profissional 6)

...eu tenho um público que é muito...que você olha e fala assim, “Não, tá em situação de rua”, mas eu tenho outro público que não, que você olha e você fala assim “Não, essa pessoa mora numa casa”. Então as pessoas não vão conseguir distinguir. E aí...mesmo não distinguindo eles vão se sentir incomodados, entendeu? Ou então vão se sentir incomodados um pouco mais com quem é menos... Bom, eu não pareço em situação de rua, mas então agora, por conta dessas pessoas eu vou me incomodar com esse aqui. Porque isso também pode acontecer. (Profissional 6)

Neste panorama de violência e discriminação, Pinto et al (2018, p.3516) propõe maior engajamento das eCR e maior participação das pessoas em situação de rua nos processos de discussão e decisão:

Têm-se, neste panorama, as eCR potencial para produzir meios de romper com os processos de exclusão social destes indivíduos, e cabe aos profissionais da saúde possibilitar o acesso aos serviços de saúde, permitir atendimento à livre demanda, transpor as barreiras existentes e fortalecer a cidadania das pessoas em situação de rua, sensibilizando-as para a participação em movimentos sociais como, por exemplo, nos conselhos locais e municipais da saúde e na busca por melhores condições de vida.

Houve depoimentos em que as entrevistadas abordavam a questão do preconceito dos pacientes com as pessoas que vivem nas ruas, mas acabam cometendo “sincericídios” ao exporem uma verdade relativa, que partem das suas percepções, desconsiderando o sentimento do outro, as relações interpessoais e a conveniência social, ao dizerem que a pessoa de rua *fedede*, ou que *não é cheiroso*.

É, porque eles vivem né o tempo inteiro sob efeito abusivo de drogas, de álcool, então aquilo mexe com a pessoa né, a pessoa sai um pouquinho de si. E aí eu acho, eu acredito que por conta disso, no olhar de outras pessoas que não conhecem né, se incomodam deles estarem aqui dentro. De outros pacientes você diz? Sim, sim, sim, aqui o preconceito é muito grande, já falaram pra gente que deveria ter um banheiro exclusivo pra eles, já ligaram pra polícia pra tirar o morador que estava aqui dentro, sendo que...porque ele fede, porque, sabe... Ele não estava fazendo nada? Nada, a pessoa ainda colocou que ele tava usando

drogas aqui, mas é mentira, em nenhum momento ele estava usando drogas aqui dentro. (Profissional 7)

E aí os outros pacientes aqui se incomodam com a presença deles? Tem uns que se incomodam, tem uns que se incomodam sim... Vocês já perceberam ou ouviram algo nesse sentido?[Questiona a entrevistadora] Não, não, mas você vê só pelos olhares, (...) com certeza não é cheiroso né, aí fica ali, fica assim, meio assim, mas, também não destrata não, nenhum deles destrata não. (Profissional 9)

A discriminação não está presente só entre os pacientes. Ele pode ser percebido também em atitudes e falas dos próprios profissionais de saúde. No trecho que segue o profissional se refere a uma pessoa que está em situação de rua, mas que julga ter “classe” por não se misturar com usuários de drogas que ela estigmatiza usando termo *cracudo*.

Ele fica assim, some uma, duas, três semanas “Ah, mas não estava mais aguentando ficar em casa”, aí volta, vem pra rua. Mas assim, não se mistura, tem a classe né, não se mistura com cracudo. (Profissional 8)

Na mesma linha, Dantas (2007) chama a atenção quanto à rejeição de profissionais de saúde por conta do aspecto físico ou higiene de quem mora na rua. Van Wijk & Mangia (2017) também comentam que parte dos profissionais de um centro comunitário vêem a questão da higiene e dos processos doença-saúde como algo individual. Pinto et al (2018, p.3515) também menciona em sua vivência a presença de preconceitos por parte de profissionais saúde “devido à aparência da pessoa em situação de rua que, por vezes, se vestia com vestimentas rasgadas e sujas como, também, por parte do próprio usuário, que tinha receio e/ou medo de não ser acolhido na instituição”

Também no sentido de normalizar preconceitos, no depoimento abaixo a entrevistada relata que o médico que cuida da população de rua da sua unidade é ótimo profissional porque ele atende as pessoas em situação de rua “*como se fosse uma pessoa normal*”:

E atende também como se fosse uma pessoa normal né, praticamente, e trata, vai tratando assim. (Profissional 9)

Em uma das entrevistas foi contado o caso de um profissional que agiu de forma fria e até antiética ao dar um diagnóstico difícil na frente do paciente de rua, além de mostrar um descaso com a gravidade da situação:

E aí o profissional médico me fala o seguinte “Ah, pra ele é só medicação para estabilizar, parar a dor e esperar a vaga pelo SISREG, tem que pedir pelo SISREG que é com a clínica da família”, aí eu “Tá, mas tudo bem, ele não está conseguindo

andar, como você vai dar alta pra ele assim?”, aí ele “Ah, mas esse rim aqui ele já perdeu mesmo...ele já perdeu mesmo, então é isso...” (Profissional 3)

Por outro lado, agressividade por parte dos usuários também é relatada em alguns momentos, quase sempre associada ao uso de álcool e outras drogas, assim como casos de ameaças aos profissionais.

Tem uns que são mais difíceis, vem muita gente, às vezes em efeito de álcool, de drogas, e aí, pra quem não conhece espanta, porque eles falam alto, palavrão, gritam, mas eles não fazem nada com a gente, eles nunca agrediram ninguém aqui. Só uma moradora de rua que já me ameaçou de morte, mas não aconteceu nada e já agrediu a dentista... É, porque eles vivem o tempo inteiro sob efeito abusivo de drogas, de álcool. Então aquilo mexe com a pessoa né, a pessoa sai um pouquinho de si. (Profissional 7)

Aí, quer ser atendido na hora, aí se não for atendido na hora, grita. Assim, tá super bem, de repente o médico demorou um pouquinho, muda assim o humor. (Profissional 8)

"Eu vou te dar uma facada, quando eu te ver na rua", aí minha mãe ficou apavorada. Você estava de uniforme? Estava de uniforme. Aí ele falou isso "China, fdp, trabalha pro governo, eu vou te dar uma facada", aí minha mãe falou "... pela amor de Deus, você não...sai da frente desse cara", "ih mãe, mas ele é assim mesmo". Mas aí ao mesmo tempo, eu falei assim "Não", quando eu vejo ele tento manter uma distância, que a gente nunca sabe né, o quê que passa na cabeça dele, mas eu percebi que ele xinga todo mundo, quase todo mundo... " mantém sempre uma distância, ele só fala (ri) só ameaça, só ameaça (ri)... eu evito até, eu passo pelo outro lado". Tem hora que me dá raiva dele, mas...É melhor deixar pra lá . (Profissional 8)

A cultura da violência está enraizada na história de vida de muitas pessoas em situação de rua. Como no relato de Pinto et al (2018, p.3516), verifica-se que a violência e a criminalidade são outros fatores bastante presentes na vida das pessoas em situação de rua que, por vezes, relatam, de forma muito serena, os furtos que cometem, destacando a violência utilizada para tal.

Na presente pesquisa, a violência como algo cotidiano a ser combatido é relatada por uma profissional, que conta com muito orgulho e como uma história de superação, como fez para mudar o comportamento de um paciente que agredia sua companheira:

Aí ele vem contando a história de vida, que a irmã batia na mãe, que o pai batia na mãe e essa cultura da violência, isso era muito repetitiva na vida dele, então pra ele, ele achava que “Ah, me aborreceu, a única forma que eu tenho é agredir.” E aí de tanto eu bater na tecla, de tanto eu conversar, né, “Precisa respeitar, é tua companheira, o que dói aqui dói muito mais porque você é homem, porque tua mão é mais pesada”. E aí hoje quando eu

pergunto a ela, ela fala assim “Não, ele nunca mais... depois de tudo que você falou pra ele, não sei, de alguma forma tocou ele, que ele nunca mais me bateu”. (Profissional 6)

Contudo, na fala de outra entrevistada abaixo, percebe-se que a agressividade também é entendida como forma de proteção de quem sofre maus tratos.

Porque tem muita gente que não tem né apoio, tá na rua e não tem apoio de ninguém. Principalmente assim os viciados e tudo né, que o pessoal já sabe que são viciados(...) É, eu acho porque tem uns que chegam aqui, eles são um pouco às vezes agressivos, aí eu não sei se é já uma armação deles, já anda meio armado, porque às vezes eles são maltratados, porque eles falam que aqui eles são super bem tratados (Profissional 8)

Para a superação desta cultura de violência e discriminação não há uma resposta unívoca. Deve-se, como propugna Koopmans et al (2019, p.226), “desconstruir o olhar estigmatizante e “colonizador” dos profissionais e serviços de saúde, rompendo, assim, com o “biopoder” absorvendo o inesperado, o não programado e o não prescritivo.”

A concepção de equidade, com acento na estratégia da discriminação positiva, pode ser a resposta encontrada para garantir acesso diferenciado a essas populações que não se enquadravam na estruturação tradicional da unidade (Carneiro Junior et al, 2006).

Para os profissionais de uma unidade pesquisada por Carneiro Junior et al (2006, p.34), por exemplo, a noção de excluídos sociais possibilitava a organização de perfis populacionais, em que processos de desvinculação social eram facilmente reconhecidos.

Campos & Souza (2013) também acreditam que a discriminação positiva pode auxiliar na maior qualidade da atenção ao usuário, como um conjunto de medidas especiais de incentivo e proteção a grupos para promover a ascensão e maiores oportunidades de inserção social. A discriminação positiva consiste em uma estratégia para promoção da inclusão social com medidas especiais que buscam remediar processos discriminatórios, com tratamento diferenciado, tendo em vista as especificidades e fragilidades de grupos vulneráveis.

3.4 Identidade e invisibilidade

As identidades, que são diferenciações em curso, emergem dos processos interativos que os indivíduos experimentam na sua realidade cotidiana, feita de trocas reais e simbólicas. A construção da identidade, seja individual ou social, não é estável e unificada – é mutável, (re) inventada,

transitória e, às vezes, provisória, subjetiva; a identidade é (re)negociada e vai-se transformando, (re)construindo-se ao longo do tempo (RODRIGUES, 2012).

Caravaca-Morera, Mata-Chavarria & Padilha (2019) fazem questão de ressaltar que as pessoas em situação de rua vivenciam dinâmicas de perda do sentido da vida, do sentimento de pertença, do apego e da identidade familiar e individual, que são fundamentais ao fortalecimento das competências psicossociais e cívicas. Nesse processo de perdas, também é explicitado o processo de identidade e desfiliação individual, também social e coletiva.

Várias são as nomenclaturas utilizadas para designar a população em situação de rua, como relatado por Frangella (2004) e Barbosa (2014), trazendo definições e perfis variados que seguem contextos temporais e específicos. Os profissionais de uma das unidades onde foi realizada a pesquisa identificam as pessoas em situação de rua como “POP” que elas chamam de apelido carinhoso:

A gente aqui tem um apelido carinhoso pra eles, a gente chama população de rua de POP e aí a gente tem isso “Ah, veio um POP seu”... (Profissional 7)

...a gente chama de POP, os POPs né... que é população de rua...(Profissional 9)

...a gente chama de POP... tinha, um que eu também não vou lembrar o nome dele... (Profissional 11)

...essa rua eu tô conhecendo agora, mas eu já vi que não tem POP lá, porque eles se concentram mesmo aqui no Jardim do Méier... (Profissional 11)

É comum os profissionais não terem clareza sobre a definição de população em situação de rua, confundindo pessoas domiciliadas mas que vivem em condições de extrema vulnerabilidade com população de rua. Acreditam que pessoas que tem em algum momento algum tipo de moradia não seriam consideradas pessoas de rua, criando divisões como “totalmente” ou “parcialmente de rua”. Assim, parece que há por parte dos profissionais, ainda que de forma empírica e pouco elaborada, a percepção de que existem diferenças de status ou ethos dos sujeitos que procuram atendimento:

...ela não é totalmente POP, totalmente em situação de rua, mas é uma paciente vulnerável, que já esteve em situação de rua. (Profissional 1)

Importante apontar que certas expressões e pronomes utilizados para denominar as pessoas em situação de rua trazem, de modo subconsciente, uma carga semântica de preconceito, estigmatização e rotulação, segmentando a sociedade em dois grandes grupos, “nós” (a gente) e “eles” (*muitos deles, pra essa população*), assim como pontuou Caravaca-Morera & Padilha (2015), que em seu trabalho explica que o grupo do “nós”

seriam as pessoas normais, de uma visão dominante da sociedade, enquanto o grupo do “eles” seriam aquelas pessoas estereotipadas, estranhas ou desviantes e todos aqueles diferentes de “nós”. Esta percepção é presente em diversos relatos:

À noite eles estão sempre ali, você vê assim, 7, 8 horas, são muitos ali né. (Profissional 11)

Mas não tenho que falar nada sobre a população de rua, que eles tratam a gente muito bem. (Profissional 10)

É, o consultório na rua é uma política voltada pra saúde deles. Isso. E pra outras coisas, pra alimentação, pra moradia? Eu acho que funciona, mas assim, o que eu reparo de muitos deles, é que, muitos deles não querem. (Profissional 11)

Eu acho até que o governo trabalha, faz, tem um sistema legal, porém, muitos deles não querem ficar, entendeu. (...)E aí muitos deles não querem, entendeu. (Profissional 11)

... a gente tem pouco, assim, acho que é mais do outro lado do Méier, mas ficou sempre uma equipe específica pra isso, pra essa população... (Profissional 10)

No percurso das entrevistas, houve falas que soaram, em um primeiro momento, como aparentemente preconceituosas, referindo-se à população em situação de rua como “esse tipo de pessoa”. A profissional busca se explicar logo em seguida, mas ainda utilizando o binômio *a gente x eles*:

E eu faço enfermagem, e também eu não tenho esse espaço pra esse tipo de pessoa, não tem. Para essas pessoas né, que quando eu falo esse tipo de pessoa, parece que eu tô falando de...uma coisa muito distante da gente, só que não, é uma coisa muito próxima da gente né, e a gente não tem [preconceito]. (Profissional 4)

... na maioria das vezes olham para as pessoas, pra esse tipo de pessoa, com certo preconceito, mas não sabe a realidade da pessoa, o que a pessoa viveu pra tá ali, entendeu? (Profissional 5)

No depoimento abaixo uma das profissionais rebate a utilização da expressão “esse tipo de gente” utilizada por uma paciente da unidade de saúde e brinca com a diferenciação entre *tipos de gente*:

Eu não admito que fale mal, por exemplo, aqui dentro da unidade as pessoas falam assim “Atende esse tipo de gente?” e eu falo “É, atende até o seu tipo de gente. Atendemos todos os tipos de gente”, entendeu? E isso as pessoas se incomodam, como a outra, que falou “Ah, mas essa pessoa traz doença pra gente”, eu falei “Menos do que a gente pra gente” porque as pessoas nem se aproximam dessa gente. (Profissional 6)

Percebe-se que trata de uma profissional com maior sensibilidade quando ela relata que presta o cuidado dos pacientes que ficam nas ruas e que estes são seus vizinhos, já que ela mora próximo à unidade de saúde onde eles se situam. Enxergar essas pessoas

como vizinhos é uma forma de afeto, ou mesmo de torná-las menos invisíveis.

Eu moro aqui no Méier, então essa população além de ser a população que eu cuido... eu também sou vizinha deles. (Profissional 6)

Estigma é uma imagem criada considerando apenas o lado externo de algo ou alguém, assim como Alt (2017) define estigmatização como a atribuição de um rótulo.

Para desconstruir o estigma precisamos ir para o lado interno daquilo. No caso das pessoas em situação de rua essa desconstrução inicia-se quando procuramos, por exemplo, saber os nomes das pessoas, quando ouvimos as histórias que elas carregam. Dessa forma, aquilo que era visto como “estranho” passa a ter outro significado quando passamos a enxergar por dentro da situação.

Nesta linha, a Profissional 6 relata a importância de nomear as pessoas em situação de rua, ter um registro desses nomes, mesmo que seja fictício, quando explica que uma paciente confusa, desorientada e em condições precárias de saúde busca a unidade e mesmo não sabendo o próprio nome, a equipe criou um nome e um registro para ela.

Mas sempre que vem, eu procuro saber o nome, procuro saber onde tá, vê se tem cadastro. Aproveita pra fazer aquela primeira conversa... Isso, aí faço o cadastro porque em algum momento essa pessoa vai acessar a unidade. (Profissional 6)
...a gente procura fazer o registro, mesmo que seja um registro fictício. (Profissional 6)

Os profissionais relatam que algumas pessoas em situação de rua já são conhecidas pelos moradores do bairro e pelos profissionais das clínicas, o que diminui o estranhamento que acompanha o preconceito.

É assim, muito querido, porque acho que ele fazia obra, então todo mundo aqui pelo Méier conhecia ele, aí um dava uma comida... (Profissional 8)

... tem gente que a gente nunca viu. Que aqui tem gente que é aquelas carinhas carimbadas, que é daqui ou do outro lado, né. (Profissional 8)

A gente tem essa amizade, eles são muito...eu gosto deles, não tenho nada contra não. (Profissional 9)

Ele é bem, tem um bom relacionamento com o pessoal aqui do Méier, com os comerciantes. (Profissional 8)

Há quem traga histórias de vida e acompanhe a pessoa em situação de rua até pelas redes sociais:

Porque assim, tem uns que têm casa, tem outro que tem casa que eu conheço, tem casa mas resolveu ficar na rua. Acho que nem a família sabe que ele mora na rua, que ele dorme na rua, porque

às vezes ele vai pra casa da família... às vezes eu vejo no Face, foto de aniversário com as filhas, com o filho, com a ex-esposa...E detalhe..., teve um dia que ele arrumou uma namorada, veio de São Paulo, por esses sites de relacionamento. (Profissional 8)

É neste sentido que apontam Hallais e Barros (2015), quanto à importância de os profissionais de saúde acolherem o morador de rua como sujeito de direitos e como um indivíduo portador de uma trajetória de vida singular. Conhecer os territórios, as dinâmicas de vidas e as suas práticas de transgressão é parte de um processo de abertura para o “outro” e o caminho para a desconstrução do olhar estigmatizante e colonizador. Neste sentido, alguns relatos mostram a proximidade dos entrevistados com as pessoas de rua quando se referem a elas pelos seus nomes e falam dos seus vínculos, como pode ser visto nos trechos abaixo:

De vez em quando vem um casal que é assim, o Bruno e a Patrícia, eles são moradores de rua. E aí, os dois brigam muito, aí vem, aí daqui a pouco, ela tá um amorzinho com ele, ele também toma conta dela, de vez em quando um dá o perdido no outro, aí vem procurar... E assim, a gente tem, cria uma intimidade né, com eles. (Profissional 9)

Porque eu já cansei de acompanhar, um menino, por exemplo o George, que estava com tuberculose, ele tava na área da Lopes e eu que fazia a medicação dele, o Dots dele. (Profissional 5)

Essa menina que tá gestante, a Talita. (Profissional 5)

Pô, o Vinícius que não tem vindo aqui, mas o Vinícius eu encontro sempre ele no posto de gasolina, naquele posto da 24 de maio. (Profissional 5)

Ah... tem o Alamilton que sempre tá aqui, ele pede comida...Mas o Alamilton é como se fosse de casa já, todo mundo já conhece o Alamilton. O Alamilton circula por aqui pela clínica (risos), abre a porta... (...) Até o Alamilton mesmo, todo mundo está acostumado com o Alamilton, todo mundo sabe quem é o Alamilton. Ele tem vínculo com a clínica né, com vocês, com o espaço? (Profissional 4)

Tem um também que é população de rua, o Júlio César. Ele tá sempre reclamando da mesma coisa, mas acho que já é da cabeça dele, ele sempre faz a mesma reclamação. (Profissional 9)

Seu Heleno é um, brigou com a esposa, se separou da esposa, aí foi morar na rua, aí ficou um tempão na rua, daqui a pouco voltou pra casa, aí a esposa não aceitou, aí voltou pra rua novamente, aí ele fica contando. (Profissional 9)

Dia de domingo, vou na padaria eu vejo Júlio, eles são, tem alguns que são bem simpáticos, S. Júlio, o Heleno...Tem, assim, alguns assim são bem simpáticos, que eu vejo também todos os dias, outros eu não tenho mais assim, afinidade né, porque acaba que esses dois que eu comentei, tá aí desde a época que a clínica abriu eles estão aqui, entendeu? Então já conhece todo mundo,

entendeu? E aí, eles estão sempre aí, se bobear tão ali, tem um que fica ali lendo a bíblia, lendo as revistas, aí de vez em quando eles somem. Uns eu já reparei que tem casa, por exemplo, S. Heleno diz que tem casa, mas ele às vezes fica na rua, assim, não sei por qual motivo. (Profissional 11)

Aí fica um tempo sem vir, aí quando vem, vem todo dia, esse S. Júlio, né. Mas ele é um senhor educado. Ele deve vir mais pra conversar.... (Profissional 11)

Curioso notar que, em dissonância com os relatos deste estudo, que em pesquisa realizada por Alt (2017, p 63), uma entrevistada da área de saúde tem atitude diversa dos relatos aqui apresentados:

Uma das entrevistadas diz que são invisíveis e que essas pessoas carecem de um olhar, “eu acho que essa invisibilidade interfere para a pessoa continuar nessa situação, sem perspectiva.” (Ana). Porém, em outra pergunta, a mesma entrevistada diz que nunca interagiu com essas pessoas. Observa-se, aqui, que a entrevistada trabalha em local próximo ao que uma pessoa em situação de rua costuma pernoitar e, mesmo passando pelo local todos os dias, nunca houve troca de palavras. Nesse sentido, possivelmente, a entrevistada seja uma pessoa que contribui para a permanência da invisibilidade que ela julga atrapalhar a pessoa em situação de rua.

Se por um lado é possível observar que existem relações de proximidade entre a população e os profissionais, por outro lado observamos ainda a permanência e manutenção de ações arbitrárias, violentas, de viés eugênico, racista e higienista, reforçadas pela mídia na veiculação de notícias discriminatórias e criminalizadoras, que fortalecem o apoio de grande parcela da sociedade ansiando a retirada dessas pessoas de suas calçadas, praças, praias e avenidas. Permanece a lógica de que certo grupo social é uma ameaça ou perigo social, o que, conforme Gatto (2017), determina necessidade de sua repressão, expulsão, contenção, encarceramento, ou mesmo, eliminação.

O aspecto de “limpeza das ruas” destacado é frequentemente observado em épocas específicas, como relatado por Dantas (2007). A intenção parece ser a de tornar “invisível” a população de rua, especialmente em determinadas épocas em que ocorrem eventos, nas quais as cidades recebem um grande número de visitantes.

Invisíveis para a maioria da sociedade, esses sujeitos só se tornam visíveis quando entram em algum tipo de tensão com a sociedade, como quando praticam algum delito, ou ferem a estética da cidade e o conforto da classe dominante. Este tipo de conformação da sociedade tem feito com que se legitime, por atos e/ou omissões, todo um processo de violações de direitos humanos e sociais, em especial da população negra e empobrecida.

Chama-se a atenção, nesse processo, como apontado na pesquisa de Pinto et al (2018, p.3516), que “a pessoa em situação de rua, deitada no chão, muitas vezes invisível na sociedade, quando acompanhada de um profissional da saúde, passa a ser notada pelos

demais membros da sociedade”.

Hallais e Barros (2015), citados por Van Wijk & Mangia (2019) constatam que a oferta de cuidados do Sistema Único de Saúde (SUS) é limitada, diante das condições de precariedade, privação e invisibilidade vivenciadas por essa população, e ressaltam que as Políticas Públicas atuais não garantem o cuidado integral.

A condição de invisibilidade é reforçada, ainda, pela falta de documentação necessária para acessar serviços e benefícios sociais que o Estado garante, conforme já discutido em outro tópico deste capítulo, embora o Artigo 19 da Portaria nº 940, que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde, dispense a comprovação de endereço domiciliar da população em situação de rua (HALLAIS E BARROS, 2015). Mais além: desde 2018, com a Lei 13714/2018, é dispensável a apresentação de documentos para atendimento. Esta lei deu nova redação à Lei 8742/1993, artigo 19, Parágrafo único. A atenção integral à saúde, inclusive a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, às famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal, nos termos desta Lei, dar-se-á independentemente da apresentação de documentos que comprovem domicílio ou inscrição no cadastro no Sistema Único de Saúde (SUS), em consonância com a diretriz de articulação das ações de assistência social e de saúde a que se refere o inciso XII deste artigo.

Starfield, citado por Hallais e Barros (2015), destaca que existe uma relação entre disparidades sociais e desigualdade nos acessos aos serviços de saúde, que obedecem a um fator estrutural em que disparidades socioeconômicas estão associadas com condições desiguais nos acessos aos serviços e na condição de saúde das populações. O desafio, portanto, não está somente no cumprimento da universalidade e da equidade, mas na qualidade da atenção oferecida.

Mattos (2001), citado por Dantas (2007, p.46) demonstra que o princípio da integralidade implica:

superar reducionismos, em várias dimensões, ressaltando a incapacidade da grande maioria dos profissionais de saúde de estabelecer uma relação com os pacientes enquanto sujeitos, conseguindo vê-los apenas como objetos e tratando somente as suas doenças. Insensíveis aos desejos e aspirações de outros sujeitos, reduzem-nos ao objeto final de suas intervenções, destituindo-os de identidade, história pessoal, sonhos e aspirações.

As observações a partir dos relatos dos entrevistados nos levam a fazer coro com a constatação de Dantas (2007, p.46)

Tratando-se de indivíduos discriminados como os “moradores de rua”, pelo estigma que os envolve, é desafiador considerá-los como sujeitos, acolhê-los e humanizar seu atendimento, por serem desprovidos de tudo o que se

convencionou considerar como humano. Renegados, sujos, sem teto, sem emprego, sem documentos, sem dignidade. Como não reduzi-los somente às suas doenças?

Os profissionais de saúde ora percebem a invisibilidade em sentido social, ora percebem a invisibilidade em sentido físico: sujeitos concretamente não notados ou pouco percebidos na vida cotidiana. À medida em que passam a ser mais vistos em sentido real, numérico (possível efeito da pandemia Covid), passam a ser também percebidos em sentido social, ainda que seja para reconhecer que se trata de um fenômeno que merece maior atenção por parte dos profissionais e dos Poderes Públicos. Citemos este exemplo:

Eu acho que a pandemia foi assim o início, né, que muita gente perdeu o emprego, muita gente né começou a...né, a ter uma questão ali, que teve que sair de casa, que teve que ir pra rua e eu não sei assim, mas eu acho que ficou mais visível...Não sei se o nosso olhar também né, ficou mais voltado pra isso e hoje em dia a gente percebe, porque tem essa história né, o morador de rua tá ali, a situação de rua tá ali, só que às vezes a gente nem percebe, eles são invisíveis aos nossos olhos... Mas quando a gente às vezes começa a se dar conta, aí a gente começa a olhar em todos os lugares e acha também que aumentou, mas talvez o nosso olhar ficou um pouco mais sensível. (Profissional 2)

Assim, parte dos profissionais têm a compreensão de que é necessário perceber as especificidades e vicissitudes dos sujeitos atendidos. Quando a população atendida percebe que existe reconhecimento por parte dos profissionais, se sente mais acolhida e o processo de invisibilidade é, ao menos, amenizado.

Vida de quem vive em situação de rua, meu irmão, vou te falar... A gente tá do lado de cá, tu olhar pros caras com desdém, é muito complicado, mas só quem tá ali é que sabe...Esse frio aí, frio desse aí, pô, chuva, frio, fome, sede...(Profissional 5)

mas é feio... as pessoas não querem ver, né, aquilo que eu não vejo eu não tenho responsabilidade. (Profissional 6)

Então eu acho que quando eu tenho esse olhar diferenciado eu acho que eles logo se identificam. E aí vem, vem aqui pro atendimento. (Profissional 6)

E essa invisibilidade, isso é uma coisa que me incomoda, talvez porque eu enxergue essas pessoas. E eles começam a criar uma intimidade que eles me contam as coisas mais íntimas que possa ter... (Profissional 6)

Uso de drogas, dramas e rejeições familiares e agravos decorrentes de sofrimentos mentais são citados como fatores que não apenas levam as pessoas às ruas mas também como questões que devem ser objeto de compreensão pelos profissionais:

Aqui no Méier, a gente tem uma galera, que tem uns que estão mesmo por diversas situações, foi pro mundo das drogas e fica pela

rua, mas tem outros não, que você vai escutar a história, é uma pessoa que mora em outro estado e aí perde família, perdeu emprego, principalmente na pandemia, e se viu ali naquele momento, eu acho que é um ser humano e tem sua particularidade e a gente tem que cuidar, independente da situação, porque a gente não sabe o dia de amanhã. Tem gente que às vezes surta e aí prefere...tinha uma que disseram que ela tem casa, tem condição, mas ela surtou né, tem saúde mental e passou a morar na rua. Então assim, ninguém sabe das coisas de amanhã, a gente tinha que passar a olhar pra eles com outro olhar e não de julgamento, de preconceito né. (Profissional 7)

Colocada à margem do sistema capitalista, fora do mercado não só de trabalho como de consumo, a pessoa em situação de rua passa a ser colocada em um manto de invisibilidade, perdendo a condição de cidadão. Tem sua identidade ressignificada pelo outro. Nos dizeres de Pinto et al (2018, p. 3518), torna-se, no imaginário social, uma pessoa suja, usuária de drogas, que comete crimes e atos violentos a fim de poder comer e sustentar seu vício (termo também estigmatizante e comumente utilizado pela população).

Neste cenário é que se propõe não apenas uma ressignificação dos atributos da atenção primária, mas especialmente uma mudança de paradigmas em que os profissionais possam compreender não apenas seu papel e procedimentos em sentido tecnicista, mas que valorizem o capital humano, percebendo que as identidades dos sujeitos com que se encontram no dia a dia também podem e devem ser ressignificadas. É preciso, assim, maior diálogo com os atores sociais, compreensão dos fenômenos em sentido multidisciplinar e um modelo de gestão que não vise apenas ao atendimento de indicadores ou metas quantitativas.

3.5 Alteridade, emoções e sentimentos

Em uma dimensão ético-teórica, alteridade, para Wolkmer (2001:241), diz respeito a uma ética antropológica da solidariedade que parte das necessidades dos segmentos humanos marginalizados e se propõe a gerar uma prática pedagógica libertadora.

Traduzindo em linguagem mais simples: conforme Souza (2014): a alteridade representa a capacidade de perceber o outro, compreendendo suas diferenças e singularidades. Significa, assim, se dar conta de que o pensamento científico tem sido construído de forma etnocêntrica, produzindo um olhar de estranheza sobre o “outro”.

Conforme trabalhado por Hallais e Barros (2015), usar a escuta como instrumento político – reconhecendo e valorizando a autonomia e a diversidade de saberes e narrativas dos sujeitos – nas ações em saúde contribui para uma maior interação no encontro entre trabalhadores da saúde e pessoas em situação de rua, ao invés de focar apenas na intervenção terapêutica para a melhora clínica.

Franco et al (2017, p.55), citados por Silva Junior & Belloc (2018) destacam com propriedade que mais do que um problema operacional, a capacidade de deixar a prática tornar-se híbrida de valores e saberes diversificados potencializa a integralidade pela abertura à alteridade. Para tanto, é necessário pôr o trabalho, a relação com o trabalho e a relação com o outro em análise, buscando quebrar as naturalizações que o conhecimento, a técnica e as normas dos serviços tendem a produzir. O cuidado não será integral se apenas estiver moldado pelo conhecimento biomédico disponível.

Conforme destacado por Silva Junior & Belloc (2018, p.1072):

Potencializar a integralidade pela abertura à alteridade é se colocar ao lado, é permanecer suscetível, é afetar-se pela rua, é romper com o estigma, com os preconceitos. Compreende, às vezes, suportar o cheiro, suportar o estigma e se contaminar com a pessoa sujeita ao não ser, ao contrário de relacionar-se com os pré-conceitos que causam esse desaparecimento.

Ainda segundo Hallais e Barros (2015), ao se buscar estratégias de hipervisibilização das possibilidades de cuidado emancipador para esse grupo, percebem-se situações adversas impostas pela vida na rua e as suas necessidades coletivas e individuais. A capacidade de colocar-se diante do “morador de rua” requer, assim, o rompimento com o “saber-poder colonizador” da lógica biomédica, que acaba por reduzir ou anular as singularidades e subjetividades dos indivíduos.

Interessante, neste ponto, citar os depoimentos de profissionais quanto à percepção do que seria viver na rua:

Eu acho que é por isso até que muitos usam drogas, se alcoolizam, porque deve ser terrível viver na rua...É...Sentir frio, fome, esse olhar que a gente tem, que eu falo de uma forma geral, que não sou eu, mas eu tô falando de uma forma geral, de desumanizar a pessoa...Deve ser terrível. Insegurança... (Profissional 4)

Eu acho que não é nem uma vida, cara, é uma luta diária que...eu não desejo pra ninguém. (Profissional 5)

Eu acho que deve ser muito ruim (momento de pausa e choro), é muito ruim (pausa). É o desconforto, é o perigo, é a violência, é o descaso dos outros... É muito ruim, é muito ruim. (Profissional 6)

Ah, deve ser horrível mesmo, em relação à comida, em relação à você tomar um banho, pra você deitar, pra você dormir, tomara que eu nunca passe por isso, mas, é bem difícil mesmo. Por isso

que a gente tem que entender o porquê que eles...né, foram parar ali né. (Profissional 9)

Na minha percepção? Horrível. ...é uma situação muito assim difícil, dolorosa, né?... Não ter essa situação de você não ter onde dormir, não ter um lugar certo pra dormir. Comer eles até comem, mas assim, depender de alguém pra se alimentar, na minha percepção é triste né. (Profissional 11)

Conforme destacam Rosa, Cavicchioli & Brêtas (2005, p.582):

A realidade, no trabalho com essa população, revela pessoas carentes não só de recursos materiais, mas carentes de atenção, carinho e amor. “Acreditando que o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim, nesse prisma, a identificação do profissional com os sujeitos que receberão o cuidado é imprescindível” (BOFF, 1999). Para cuidar de pessoas em situação de rua precisa-se atribuir um significado de humanidade ao cuidado e acreditar na possibilidade de transformação da realidade posta.

A preocupação com estigmatização social, na linha abordada por Goffman (1981) e Furtado & Ronzani (2010) na revisão, também é mencionada:

A população em situação de rua é muito marginalizada, então as pessoas acham que assim, tá na rua, é bandido, é marginal, é vagabundo, e não é. A gente sabe que a maioria deles exerce um trabalho, ou é catador, ou é ambulante, ou é catador de lixo, ou faz pequenos fretes, a minoria é que não trabalha, a minoria. (Profissional 6)

Deve ficar claro que a construção de um processo de trabalho em saúde pautado na abertura para o outro possibilita uma legítima e necessária interlocução entre os profissionais de saúde e as pessoas em situação de rua (HALLAIS & BARROS, 2015). Escutar e buscar compreender é uma maneira de minorar a invisibilidade dos sujeitos. Nesta linha de pensamento, é possível perceber que existe, em alguma medida, a percepção de atributos de alteridade em parte dos profissionais entrevistados, como nesta fala:

Então se veio até a clínica, [é importante]dar uma atenção, entender o que tá querendo, abrir o olhar e o ouvido, então eu acho que isso é importante. (Profissional 2)

Van Wijk & Mangia (2019) referenciam uma série de estudos em que se destaca a relevância da relação dialógica e da escuta e enunciam que a criação de vínculo exige dos profissionais criatividade e envolvimento afetivo. Nesta percepção de alteridade está presente um certo compromisso de cuidado, como no relato abaixo:

Como a gente atende essa população, todo médico que esteve na minha equipe, tinha esse olhar. Porque eu acho que já é da gestão né, saber como vai trabalhar, precisa saber trabalhar, porque senão, não vai conseguir, a gente não vai conseguir atender. (Profissional 6)

...aí a gente consegue fazer um encaminhamento e torcer que lá

na outra ponta eles tenham esse olhar de não...ah cuidar e não mandar embora. (Profissional 6)

Conforme destacado por Sá (2009, p.569), a questão da intersubjetividade e do processo ser de troca são dimensões essenciais:

“Cuidar pressupõe ter um olhar para o outro. A disposição para olhar o outro e a possibilidade de reconhecer no outro, e em seu sofrimento, algo de si mesmo. E esse processo não se distribui uniformemente entre os diversos trabalhadores de saúde de um mesmo serviço e, tampouco, se manifesta de um mesmo modo para um mesmo sujeito, a cada dia e diante de cada caso. Tal disposição depende, em grande medida, do processo de identificação que se estabelece entre o trabalhador e o sujeito de quem deve cuidar, a quem deve assistir. Trata-se de um processo de “mão dupla”, isto é, que se dá na e pela intersubjetividade”

O compromisso com o cuidado, por sua vez, acaba gerando não só uma relação de empatia, mas também de afeto positivo ao reconhecer, por exemplo, quando é possível concluir de forma exitosa um tratamento de saúde, como, por exemplo, nos relatos abaixo:

... a gente conseguiu garantir no mínimo o tratamento dela, até bem pertinho de ganhar, mas conseguiu tratar e não nasceu com a síndrome, VDRL do bebê foi menor do que o da mãe, então não foi fechado o diagnóstico de sífilis congênita, e assim foi o sucesso do consultório na rua (sorri), assim por mais uma batalha...A gente conseguiu garantir o tratamento e aquela criança tenha saúde. (Profissional 2)

E hoje ele vem aqui super bem, tipo, vem inteirão, andando, super bem. E isso é muito, isso pra gente é muito gratificante, você saber que o seu trabalho surtiu um efeito né. Então é bem interessante. (Profissional 7)

Como destacado por Hallais e Barros (2015), podemos tomar o acolhimento como uma ação de interculturalidade na saúde, que contribui, em grande escala, para (re)pensar o tipo de atendimento prestado a diferentes e distintos segmentos populacionais, sobretudo aqueles que são socialmente desfavorecidos. Trata-se de assumir o acolhimento como encontro de aprendizagem mútua, que transcende o que está estabelecido pelas tecnociências da saúde e vai além do caráter normativo dos protocolos de atendimento, percorrendo um trajeto que viabilize os valores associados à felicidade humana por meio dos significados e sentidos não apenas à saúde, mas ao próprio projeto de vida dos indivíduos. Neste ponto, é fundamental a percepção (ou ao menos a busca de compreensão) quanto às necessidades do outro. Eis alguns exemplos emblemáticos:

...pra gente abrir o olho, a gente entender que algumas particularidades, algumas coisas que a gente tem que fugir um

pouquinho do protocolo porque tem que dar conta né... (Profissional 2)

...eu acho que é um ser humano e tem sua particularidade e a gente tem que cuidar... independente da situação, porque a gente não sabe o dia de amanhã, entendeu...A gente tinha que passar a olhar pra eles com outro olhar e não de julgamento, de preconceito né. (Profissional 7)

A importância do acolhimento e da abertura para o outro parece estar presente em boa parte das falas dos profissionais. Nesta linha, ressaltamos que o encontro acolhedor, como preceitua Hallais e Barros (2015), pode ser colocado como produtor potencial de saúde, em que a construção de vínculos de confiança é fundamental. Destaquemos o trecho:

Eu sempre olho pra eles tipo assim vendo uma outra pessoa, eu sei que eles estão na rua, que eles estão precisando de mais atenção, mas eu sempre procuro olhar a pessoa do lado como um ser humano, entendeu? nunca... nunca fiz desfeita, desdém, nunca...sempre tratei bem. (Profissional 5)

Os profissionais relataram sentimentos de felicidade em dar visibilidade ao tema da população de rua, além de se sentirem felizes por contribuírem na melhora de condições de vida de pacientes em situação de rua:

Mas eu fico feliz de você estar fazendo esse trabalho, porque dá visibilidade e agora, a gente precisa né, dessa visibilidade, fico feliz. Foi você que escolheu? Sim. Fico feliz por você ter escolhido. Então, você levando e dando visibilidade, outras pessoas podem enxergar com outros olhos. Os olhos que a gente não tinha antes da reunião com Cnar, foi muito importante. Deu uma virada de chavinha, uma virada de chavinha, a gente ouvia cada coisa que você ficava assim admirado... (Profissional 4)

Mas todas as vezes que eles precisam de alguma coisa eles me têm como referência e isso é gratificante porque de uma forma ou de outra eu contribuí pra melhora de vida deles. E essa é uma história muito legal. (Profissional 2)

...o pessoal do consultório de rua aí levou ele pra uma Instituição... porque ele não tinha mais condições de ficar na rua e fazendo tratamento de TB porque ele estava muito debilitado... ficou um tempo, engordou, ficou super bem, interagiu bem com as outras pessoas, né, aí voltou. Nossa, aí depois até chorei quando eu vi...(risos). Voltou bem... Ele falou que tinha alugado um kitnet, que acho que ele conseguiu um benefício também... Nossa mas foi uma coisa assim muito favorável pra ele, ficou super bem. (Profissional 8)

Entrevistados ficam enaltecidos com a gratidão e o reconhecimento dos pacientes:

...aí você vê que pessoas que já foram atendidas aqui, que já

foram pra longe, passam aqui só pra falar assim, “Olha, tá tudo bem comigo, eu tô bem, eu tô no abrigo tal...” E isso é bem legal.
(Profissional 6)

Ao mesmo tempo, retribuem sentindo-se gratos em exercer seu papel, o que denota o caráter de reciprocidade que deve reger as relações de acolhimento, em uma lógica de alteridade: se **o outro** se sente grato, isto acaba estimulando o profissional, que também se sente grato ao ver o trabalho frutificar. Trata-se da via de mão dupla mencionada por Sá (2009):

É gratificante, porque assim, você tem um retorno muito grande né, e um retorno que é assim, do nada, só pelo simples fato de você fazer aquilo que você está sendo paga para fazer. E aí eu falo assim, às vezes eu fico até constrangida da pessoa agradecer uma coisa que eu falo assim, devia ser tão natural pra todo mundo, que não deveria ter um agradecimento, mas sempre tem, sempre tem. (Profissional 6)

Por vezes, além da percepção de reconhecimento ou satisfação em casos bem sucedidos (relação com alteridade), os profissionais também apontam que é importante conhecer as políticas de saúde e o modo de funcionamento de atendimento às pessoas em situação de rua. Reconhecem, ainda, o papel de quem trabalha diretamente neste campo:

Quem trabalha na estratégia de saúde da família tem que conhecer a política né, tem que no mínimo dá uma lida e saber os direitos né, conhecer, e ter um pouquinho de...é isso, abrir a cabeça pra pensar um pouquinho sobre como seria, se colocar nessa situação para você poder entender as dificuldades, pra você poder valorizar, quando o paciente em situação de rua vem até aqui é que de fato ele está precisando de alguma coisa, ele não vai vir até aqui porque ele só quer passear. Então se veio até a clínica, dar uma atenção, entender o que tá querendo, abrir o olhar e o ouvido, então eu acho que isso é importante.
(Profissional 2)

Eu percebi dentro desses 6 anos que aquilo que dói na gente, dói 3 vezes mais neles. (Profissional 6)

Então eu acho que quando eu tenho esse olhar diferenciado eu acho que eles logo se identificam. E aí vem, vem aqui pro atendimento. (Profissional 6)

Acho que é uma dificuldade enorme, valorizo muito quem trabalha com população em situação de rua e quem tá na luta né...Porque trabalhar é uma luta diária... Fico pensando, às vezes na estratégia eu tenho uma dificuldade já enorme de tentar ficar ali naquela coordenação do cuidado, quem trabalha com população em situação de rua, tem esse trabalho 5 vezes maior.
(Profissional 2)

Esta linha de depoimentos está em consonância com a pesquisa de campo realizada por Souza (2018, p.34) sobre a satisfação dos profissionais que trabalham na

Atenção Básica, tendo a autora concluído que

a satisfação e felicidade no trabalho estão diretamente relacionadas com o trabalho qualificado. A maioria dos profissionais pesquisados relaciona a felicidade com reconhecimento, valorização, harmonia, qualificação e resolubilidade de casos.

Ao mesmo tempo, pode-se perceber sentimentos de angústia em não conseguir compreender a história do paciente, o que estaria ligado a uma falha do atributo da competência cultural em estabelecer uma troca entre profissional e paciente: fazer-se entender e também compreender a dinâmica de vida do usuário.

...o mais difícil é às vezes entender um histórico deles que eles não sabem contar muito bem, o que me causa mais angústia é não entender, é tipo assim, tá, é como se você estivesse sempre pegando um paciente do zero assim, ele não sabe contar nada sobre o dele, o que que ele já fez, o que ele está fazendo o que ele tá deixando de fazer... (Profissional 2)

Ainda com relação a competência cultural foi relatado o quanto a equipe precisa compreender a forma de organização de vida da pessoa em situação de rua para que se consiga juntamente com o paciente encontrar a melhor solução para seus problemas:

Mas ele tá tanto tempo dentro daquela né, loucura dele, ele já se organizou dentro dessa loucura dele, que talvez, medicar ele, não vai ser tão bom pra ele. E dentro dessa loucura dele, ele vinha fazer o curativo e voltava pro mesmo lugar. E ali onde ele fica as pessoas já conhecem ele, porque tá muitos anos ali, passam, dão comida, entende que quando ele tá meio né, surtado, deixa ele quietinho lá, que daqui a pouco passa. E aí tudo isso a gente também tem que pensar, porque se não você mexe com a estrutura, que a pessoa...sabe, não vai ter estrutura...Aí eu fico pensando assim, até nisso, a gente tem que pensar. (Profissional 6)

É preciso desenvolver um acolhimento que potencialize o encontro e promova uma relação de troca entre usuário e profissional de saúde. (HALLAIS E BARROS, 2015). Quando isto não ocorre, gera-se um sentimento de frustração nos profissionais. As entrevistadas relatam que perceber a discriminação dos pacientes da unidade com as pessoas em situação de rua é uma coisa que machuca e incomoda os profissionais. Há, nas falas, a percepção de que a sociedade coisifica a população de rua:

...isso até machuca muito a gente, porque você tá ali pra cuidar de todos, independente de classe social e ver umas, umas respostinhas assim né, que a pessoa tá incomodando porque “tá fedendo” ou porque é um “morador de rua”, isso incomoda também muito a gente. (Profissional 7)

Que eu acho que a gente enquanto ser humano acaba... (pausa) desumanizando essa população... Eu falo de uma forma geral, eu não falo nem a gente aqui da clínica. (Profissional 4)

Van Wijk & Mangia (2019) referenciam diversos estudos em que se avalia que o trabalho junto a essa população provoca angústia e sofrimento nos profissionais pelo contato com situações de desamparo e de invalidação dos direitos dos usuários, além de demandar intenso investimento afetivo. Tais condições são difíceis de serem manejadas e podem produzir ações desarticuladas dos sujeitos, prescritivas, resolutivas e impositivas. A sensação de estar sempre trabalhando em um contexto de adversidade, se por um lado gera satisfação e sentimento de recompensa, também gera um grau maior de stress e apreensão quanto ao cotidiano dos profissionais, com relatos de como o trabalho é cansativo e difícil:

Trabalho só aqui. Não tem como trabalhar em outro lugar. Não dá...Aqui é muito desgastante. (Profissional 3)
É muito difícil. É muito complicado, da gente ter que ir em internação hospitalar para garantir que ele vai ter um leito. Que ele vai entrar no sistema de saúde...E é o tempo inteiro isso. (Profissional 3)

Em uma das falas mais marcantes, a profissional conta como mudou a sua visão de mundo após começar a trabalhar com pessoas em situação de rua, a ponto de mudar um gosto pessoal: algo que lhe parecia muito bom passa a ser percebido de outra forma, que para quem está na rua, torna-se motivo de sofrimento e dificuldade:

Eu sempre fui uma pessoa que sempre gostei muito de frio, chuva. Aí eu fico "nossa, frio, chuva, muito bom". Mas hoje em dia eu tenho um olhar diferente pra frio e chuva, eu sei que na segunda-feira vai chegar alguém todo molhado com um reflexo de um resfriado por conta do frio, sabe...E vai chegar gente com o cobertor todo molhado que não teve onde ficar à noite, entende...Então assim,é...passar no consultório na rua é uma coisa que muda muito a nossa visão de mundo. Porque a gente começa a pensar em coisas que às vezes seriam coisas pequenas, de uma forma muito diferente, sabe... (Profissional 3)

Em sintonia com o relatado por Souza (2018, p. 33) sobre a importância da integração e do apoio entre os membros da equipe, a entrevistada também explica o cuidado que os profissionais têm entre si para suportar cargas emocionais difíceis em atendimentos de casos complexos:

Acho que quem passa pelo consultório na rua e não muda nem um pouquinho o jeito de ver o mundo assim, é porque não viveu o consultório, sabe...Porque a todo momento a gente atende casos assim que marca muito a gente, sabe. Não é um caso específico que vai marcar, todos os casos que chegam são casos muito singulares, que marcam muito. E que mexem às vezes com o profissional a ponto de ter que passar o cuidado pro outro, sabe...Aqui a gente tem muito esse cuidado na equipe, a equipe é

muito coerente. Então assim, se você não está sustentando o cuidado de um, passo o cuidado pro outro...E aí, esgarçou o cuidado com aquele usuário, "Ah eu não estou conseguindo atendê-lo por questão pessoal", tudo bem, outro membro da equipe vai atender. "Ah eu não tô conseguindo porque o usuário não está querendo atendimento comigo", passa pro outro e a gente vai fazendo esse manejo na equipe, sabe. A equipe aqui se apóia muito... Porque tem atendimento que deixa a gente muito exausto. Às vezes a gente atende 3 aqui pela manhã e acabou o dia, são casos complexos, muito pesados. (Profissional 3)

Também foi relatado em pesquisa de Manchini (2018) que as equipes observavam e identificavam quando um profissional não estava bem, seja por questões físicas ou emocionais e, dentro das possibilidades, era oferecida ajuda. Conforme advoga o autor, todos os profissionais das equipes de Consultório na Rua necessitam de apoio psicológico para poder desenvolver o trabalho junto à essa população. Seria importante o reconhecimento e suporte à situação emocional que cada profissional enfrenta no seu dia a dia. Segundo Brêtas e Pereira (2011), citados por Manchini (2018), “esse trabalho está carregado de uma mistura de emoções e o envolvimento com vários problemas, muitas vezes de difícil solução, o que causa angústia nos profissionais”.

É interessante relatar, nesse misto de sentimentos e emoções, situações em que o profissional passa a ser uma fonte de segurança e apoio durante o cuidado com pessoas em situação de rua:

E tinha uma paciente que ela era mais velha que eu, ela estava com muito medo, ela, ela... a gente foi fazer uma extração nela e ela ficava segurando na minha mão... eu acho que ela encontrou um cuidado na gente... Aí ela encontrou na gente tipo uma segurança...”Ai cuida de mim tia, não me deixa...” segurando na minha mão e a gente conversando com ela e essa foi a situação que me deixou mais tocada, porque...eu senti que ela estava confiando na gente pra cuidar dela. Acho que essa foi a que mais me marcou. (Profissional 4)

Uma das entrevistadas relatou que o trabalho com pessoas em situação de rua pode ser mais fácil do que com pessoas domiciliadas pelo fato dos primeiros serem pessoas mais acessíveis e que demonstram mesmo que “do jeito deles” afeto e carinho pela equipe.

...às vezes é até mais fácil do que os pacientes que têm um poder aquisitivo um pouco melhor, porque por incrível que pareça eles são muito mais acessíveis ao nosso tratamento né, do que as pessoas que têm casa, que às vezes você chega, não abre nem a porta pra você, te atende no interfone, te trata mal ali na frente, então, assim... Claro que eles, eles... Eu não sei se é por, pela

situação em que eles vivem, às vezes eles são, eles não sabem conversar, demonstrar um carinho, assim, né, mas na ogrice lá de cada um eles demonstram que gostam da gente, que tem um afeto, mas do jeito deles, né. (Profissional 7)

A dificuldade em separar trabalho da vida pessoal especialmente quando se mora no mesmo território onde se trabalha foi relatada de forma leve, como uma forma de cuidado e não como cobrança.

...eu pareço que trabalho 24 horas... Pra mim é muito difícil é separar né, o que é do trabalho, “Não, agora eu tô no meu momento lazer”, eu mesma já não consigo separar isso, mas também não é uma coisa que me incomoda. Estar no meu território, né, fora do meu tempo de trabalho não me incomoda, falar com essas pessoas, o cuidado continua sendo o mesmo, a única diferença é que tem coisas que eu só vou poder fazer, dentro da semana, e no trabalho... eu tenho uma, uma coisa do cuidado mesmo com essas pessoas. (Profissional 6)

Importante relatar, por fim, a percepção de profissionais que se sentem mais seguros quando circulam pelo território e encontram seus pacientes que vivem em situação de rua:

Teve uma vez que eu vim de São Gonçalo, desci atrás do Salgado Filho, aí eu fiquei meio assim, mas aí quando eu vi eles, eu fiz assim "Gente, tô protegida". Que eles acabam também assim, acabam também, tendo, dando assim uma proteção pra gente... (Profissional 8)

Nesta linha, a impressão a partir dos relatos é que a proximidade com a população ajuda a desfazer, ao menos em parte, o estranhamento e o distanciamento que existe na sociedade em razão dos processos de estigmatização e de estratificação social. Reduz a invisibilidade dos sujeitos – ainda que seja para direcionar luzes para questões sociais gravíssimas - e é capaz de transformar “espaços” em “lugares”. O “espaço” e o “ser” desconhecido geram medo e desconfiança, enquanto os lugares, como próximos nas memórias e nos afetos, nos geram segurança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Viver e estar na rua, por si só, já representa um estado de vulnerabilidade que se desdobra em diversas faces: a histórica estigmatização social, que faz com que haja um déficit de reconhecimento destes sujeitos pela sociedade civil e pelos entes estatais; o modelo concentrador de renda que exacerba as distâncias entre as classes sociais; a violência urbana, que aflige especialmente esta população, além de fatores relacionados à ordem política local e à dinâmica da história de vida dos sujeitos. Toda esta equação tende a resultar em um único quociente: a negação do direito a ter direitos, e dentre eles o fundamental Direito à Saúde.

Neste cenário, a resignação deve dar lugar à inquietação, à luta e à esperança. Daí porque a esperança de que o princípio da dignidade da pessoa humana seja efetivamente realizado deve se manter viva nas pequenas vitórias cotidianas em prol dos vulneráveis, nos avanços evidenciados em algumas experiências práticas em meio a retrocessos, na resistência da comunidade acadêmica em produzir conhecimento crítico e mesmo quando se pode vislumbrar novos ventos e humores na condução política do país.

Quando esta dissertação estava em fase de conclusão, o ano que se iniciava (2023) trouxe um fato que merece destaque. Ao colocar uma mulher negra que já esteve em situação de rua e atualmente representa o movimento dos catadores de materiais recicláveis em visibilidade na posse presidencial entregando à faixa ao Presidente Lula, renasce a esperança de que podemos lutar para colocar em prática o que as políticas públicas para grupos vulneráveis preconizam.

É fundamental reconhecer a complexidade sócio-política referente às reflexões sobre o cuidado com as pessoas em situação de rua. Neste ponto, a formação profissional deve exercer um papel importante no desenvolvimento de valores e éticas que tragam para dentro do campo da saúde as ciências humanas e sociais, com intuito de desenvolver práticas contra-hegemônicas que priorizem as histórias de vida e os saberes das pessoas em situação de rua em contrapartida ao modelo biomédico-centrado, voltado para o mercado liberal, privado.

É preciso, portanto, que uma visão inter e multidisciplinar seja desenvolvida e colocada em prática, substituindo o viés tecnicista típico das ciências médicas. Esta visão de conjunto deve congrega não somente os saberes duros das áreas de saúde, mas também um olhar que considere os aspectos sociais e antropológicos, compreendendo as relações entre o ser humano e o espaço em que vive.

Nas entrevistas do presente estudo verificou-se que, para além do seguimento de protocolos clínicos, o profissional de saúde deve perceber como se dá esta teia de relações que envolvem não só seu ambiente direto de trabalho, mas o espaço que o circunda: o território em que trabalha, em que vive, o espaço urbano e as relações de poder que o permeia.

Para que seja fortalecido o direito à saúde da população em situação de rua é necessário que os profissionais de saúde que cuidam dessas pessoas ressignifiquem os atributos da atenção primária à saúde, permitindo que chegue até essa população o cuidado integral, longitudinal, de fácil acesso, coordenado e integrado a todos os serviços da rede de saúde.

Portanto, é necessário incorporar no cotidiano do processo de trabalho, práticas equânimes que reconheçam a pessoa em situação de rua como sujeito singular e que possui autonomia para sair da condição de paciente-passivo para agente participativo do seu processo de saúde, doença e cuidado. Desta forma, desenvolvendo ações que fortaleçam a cidadania das pessoas em situação de rua e potencializando a micropolítica local com práticas de trabalho emancipadoras é possível colocar em exercício os ideários da macropolítica através da consolidação dos princípios e fundamentos do SUS aplicados à população de rua. A construção do vínculo, confiança e parceria ocorre de forma mais efetiva nas relações do dia-a-dia do que em ações programadas que ocorrem muitas vezes de forma protocolares mas que não trazem impactos na transformação do cotidiano dessa população.

Isto pode ocorrer com o incentivo às práticas que estimulem maior interação entre as pessoas em situação de rua e a sociedade como um todo. Por exemplo: a participação em instâncias de debate, como conselhos e fóruns. Outra linha de atuação pode ser a participação em eventos de integração e de inclusão, de natureza sócio-cultural.

Além disso, é preciso que esteja claro que independente do território por onde o paciente de rua esteve no passado, no presente ou no futuro, o endereço ou domicílio passa a ser um detalhe que não deve impedir a pessoa de ter acesso aos serviços de saúde. Além disso, a negação de direitos pela falta de apresentação de documentos não se coaduna com o princípio de dignidade da pessoa humana.

Violência, discriminação e preconceito não podem ser banalizados e precisam ser combatidos em todas as esferas. Esse combate começa dentro de nós mesmos como profissionais, quando reconhecemos atitudes e pensamentos possivelmente preconceituosos e buscamos melhorar enquanto pessoas para conseguirmos ofertar um cuidado de qualidade para todos os pacientes que passam por nossas mãos.

É preciso sair da zona de conforto e enfrentar a dicotomia entre manter uma relação amigável com colegas de trabalho e lutar pelos direitos das pessoas em situação de rua, mesmo que para isso seja preciso expor e criticar ações e falas colocadas pelos profissionais.

As pessoas em situação de rua precisam ter voz e identidade reconhecidas em todas as suas singularidades para saírem do lugar de invisibilidade que a sociedade as coloca quando lhe convém.

Importante que sentimentos e emoções como alteridade e empatia sejam incentivados nos profissionais e inseridos no cuidado, para que cada vez mais o profissional passe a enxergar a pessoa (singular) que está no meio da população (coletivo) em situação de rua. A presente pesquisa trouxe uma reflexão sobre a necessidade de aprofundar o entendimento do quanto uma relação de afinidade, vocação, histórias de vida ou treinamentos prévios dos profissionais são capazes de influenciar em diferentes graus a forma como se presta o cuidado das pessoas em situação de rua.

Ficou claro na pesquisa que a ausência de formação profissional adequada aponta para a necessidade da reestruturação do ensino das profissões da área biomédica para que seja incluída nas discussões éticas e sobre direitos humanos, para que o acolhimento à essa população seja efetivamente humanizado e o atendimento vá além do cuidado biológico e tecnicista, buscando compreender todas as nuances do processo saúde-doença das pessoas em situação de rua.

Diante da deficiência na formação profissional evidencia-se a importância do treinamento de profissionais e gestores para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes que valorizem a pessoa em situação de rua com suas histórias e singularidades e estimulem o seu protagonismo em suas formas de conduzir e reorganizar sua vida a partir de uma série de relações e associações pessoais, familiares, territoriais e sociais em busca de um viver saudável.

O cuidado em saúde da pessoa em situação de rua deve ser guiado por conhecimentos que permitam a atenção integral, habilidades como boa comunicação e relação interpessoal para o manejo de situações complexas em diferentes cenários e atitudes como empatia, alteridade e escuta qualificada, para que se construa o vínculo entre profissional e usuário, baseado em uma relação de confiança em busca do bem-estar biopsicossocial dos indivíduos que estão nesta situação.

Para que as políticas públicas voltadas para população em situação de rua sejam eficientes é necessário que as práticas locais atuem de forma a alcançar uma transformação

cultural e social que reduza o estigma carregado diariamente pelas pessoas que vivem nas ruas.

É necessária uma guinada com a retomada das instâncias de participação popular, políticas de alívio como restaurantes populares e políticas de educação e de geração de renda. Eliminar barreiras de acesso, estigmas e preconceitos que fazem a sociedade considerar essas pessoas como um risco, quando na verdade quem habita nas ruas é que está em risco pelo alto grau de vulnerabilidade. É preciso apostar, acreditar e caminhar para a transformação da realidade social dessa população.

REFERÊNCIAS

- ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica. 2020. Disponível em: <https://website.abem-educmed.org.br/projetos-e-acoes/comissoes-e-gts-2/gt-pid/>. Acesso em: 18 out 2021.
- ABREU, Deivid. Consultório na Rua e Redução de Danos: estratégias de ampliação da vida. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, 12(39):1-2, 2017. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1435](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1435). Acesso em: 14 dez. 2022.
- ABREU, Deivid; SALVADORI, Lizandra Vaz. Pessoas em situação de rua, exclusão social e rualização: reflexões para o serviço social. *In: Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social*, 1., 2015, Florianópolis. **Anais [...]**. Florianópolis: Repositório Institucional da UFSC, 2015.
- ALT, Bruna dos Santos. **População em situação de rua: interferências do olhar da sociedade na forma como esse grupo enfrenta o mundo do trabalho**. 2017. 92 p. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Centro de Ciências Jurídicas, Econômicas e Sociais, Universidade Católica de Pelotas/UCPEL, Pelotas, 2017.
- AMARAL, Ana Luiza Castro. **O levante que parou uma ilha: memória do instituto correcional da ilha anchieta e ações dos filhos da ilha**. 2017. 99 p. Dissertação (Mestrado em Memória Social) - Programa de Pós-Graduação em Memória Social, UNIRIO, Rio de Janeiro, 2017.
- ANTUNES, Clara Maria Conde; ROSA Anderson Silva; BRÊTAS Ana Cristina Passarella. Da doença estigmatizante à ressignificação de viver em situação de rua. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. Goiânia, Goiás, Brasil, v. 18, 2016. DOI: 10.5216/ree.v18.33141. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/33141>. Acesso em: 02 jun. 2021.
- BARATA, Rita Barradas *et al.* Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, supl.1, p.219-232, 2015.
- BARBOSA, Aline Ramos. **Corpos insalubres, condutas desviantes: historicidade das políticas de saúde para moradores de rua**. Trabalho apresentado na 29ª Reunião Brasileira de Antropologia, 2014, Natal/RN.
- BARROS, André; PERES, Marta. Proibição da maconha no Brasil e suas raízes históricas escravocratas. **Revista Periferia**, Duque de Caxias, v. 3, n. 2, 2011.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano - Compaixão pela terra**. Petrópolis (RJ): Vozes, 1999.177 p.
- BORYSOW, Igor da Costa; CONIL, Eleonor Minho; FURTADO, Juarez Pereira. Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(3), p.879-890, 2017.
- BOTELHO, Rafael Guimarães; OLIVEIRA, Cristina da Cruz. Literaturas branca e cinzenta: uma revisão conceitual. **Ci.Inf.**, Brasília, DF, v.44, n.3, p.501-513, set./dez. 2015.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 98 p. 2012.

BRASIL. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome**. Rua aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a população em situação de Rua. Brasília: MDS, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 240 p. 2009.

BRASIL, **Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011**. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p.36, 29 abr. 2011.

BRÊTAS, Ana Cristina Passarella & PEREIRA, Clara Maria Conde. A ética do cuidado às pessoas idosas em situação de rua. **Revista Portal de Divulgação**, (17):16-20, 2011.

CABRAL JÚNIOR, Luciano Roberto Gulart; COSTA, Eder Dion de Paula. Violência às pessoas em situação de rua: o direito fundamental à segurança em xeque. **Juris**, Rio Grande, v. 27, n. 2, p.25-40, 2017.

CAFIERO, Carlo. **“O Capital” uma leitura popular**. Tradução: Curvello, M. 2. ed. São Paulo: Polis, 1981. 149 p.

CAMPOS, Ariane Graças & SOUZA, Maria Paula Freitas. Violência muda e preconceito: estratégias de uma equipe de saúde em defesa da cidadania da população de rua. **BIS**, (14) 3: 344-351, 2013.

CARAVACA-MORERA, Jaime Alonso; MATA-CHAVARRIA, Eugenia; PADILHA, Maria Itayra. Corpografías nómadas: Historias de callejización, desafiliaciones sociales y heterotopías. **Rev. baiana enferm.**, Salvador, v. 33, e29124, 2019. DOI 10.18471/rbe.v33.29124. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v33.29124>. Acesso em: 30 mai. 2021.

CARAVACA-MORERA, Jaime Alonso; PADILHA, Maria Itayra. Entre batalhas e pedras: histórias de vida de moradores de rua, usuários de crack. **Hacia promoc. salud**, v. 20(1), p. 49-66, 2015.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15(4), p. 679-684, 2006.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo et al. Organização de práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. **Saude soc**, 15 (3) , 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000300004>. Acesso em: 14 de abril de 2022.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; JESUS, Christiane Herold; CREVELIM, Maria Angélica. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 709-716, 2010.

CASTEL, Robert. A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade a “desfiliação”. **CADERNO CRH**, Salvador, n. 26/27, p. 19-40, jan./dez. 1997.

Carta Capital. 2017. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/sociedade/para-a-gestao-doria-o-que-importa-na-cracolandia-e-a-questao-territorial>>. Acesso em: 31.jan.2023

FONTANELLA BJB, RICAS J, TURATO ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(1):17-27. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: out.2021

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**. 24. ed. Petrópolis: Vozes, 1987. 288 p.

FRANCO Túlio Batista, MERHY Emerson Elias, GONÇALVES Ricardo Bruno Mendes . Trabalho em saúde [Internet]. **EPJV/Fio Cruz**, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-19.pdf>. Acesso em: 25 jun 2022.

FRANGELLA, Simone Miziara. **Corpos Urbanos Errantes: Uma Etnografia da Corporalidade de Moradores de Rua em São Paulo**. 2004. 361 p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Departamento de Antropologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

FRIEDRICH Melina Adriana, *et al.* Barreiras de acesso à saúde pelos usuários de drogas do consultório na rua. **J. nurs. health**. 9(2):e199202, 2019.

FURTADO, Erikson Felipe; RONZANI, Telmo Mota. Estigma social sobre o uso de álcool. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro - RJ, v. 59, n. 4, jan. 2010.

GATTO, Márcia. **Os indesejáveis: das práticas abusivas e ideologia dominante no enfrentamento aos sujeitos indesejáveis no Rio de Janeiro**. 2017. 395 p. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) -Centro de Educação e Humanidades , Faculdade de Educação. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2017.

GOFFMAN, Erving. **Estigma - notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**, 4 ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981. 124 p.

HALLAIS, Janaína Alves da Silveira & BARROS, Nelson Filice. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31(7):1497-1504, jul, 2015.

HAUFF, Alicia J., TURNER, Molly Secor. Homeless health needs: shelter and health service provider perspective. **Journal of Community Health Nursing**, Hillsdale (US), v.

31, n. 2, p. 103-117, 2014. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/07370016.2014.901072>. Acesso em:

14 abr. 2022.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Nota Técnica n. 73** - Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil (Setembro de 2012 a Março de 2020). IPEA, Jun, 2020, 20p.

JAKOBS, Günther. Terroristas como pessoas no direito? **Dossiê Estado de Direito e Segurança** . Novos estud. CEBRAP (83), p. 27-36. Mar 2009.

JORGE, Alzira de Oliveira *et al.* Das amas de leite às mães órfãs: reflexões sobre o direito à maternidade no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 27(2), p. 515-524, 2022.

JUNIOR, Diogo Vaz da Silva & BELLOC, Márcio Mariath. Invisible dwelling: life production and care in the urban experience. **Interface (Botucatu)**. 22(67):1065-75. 2018.

KAMI, Maria Terumi Maruyama. **Saberes ideológicos e instrumentais dos profissionais que atuam no Consultório na Rua: subsídios para a elaboração de uma funcionalidade no prontuário eletrônico**. 2015. 146 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFPR, Curitiba, 2015.

KELLY, John. Bethesda man researches the stories of tramps and hobos from 1890s Washington. **The Washington Post**, Washington, 2014, 11 ago. 2014. Disponível em: https://www.washingtonpost.com/local/bethesda-man-researches-the-stories-of-tramps-and-hobos-from-1890s-washington/2014/08/11/24c6b0ce-1e32-11e4-ae54-0cfe1f974f8a_story.html. Acesso em: 27 jul. 2021.

KLAUMANN, Alexandre da Rocha Moradores de rua - um enfoque histórico e socioassistencial da população em situação de rua no Brasil: a realidade do centro pop de Rio do Sul/SC. **sed.sc.gov.br**. Rio do Sul, 2016. Disponível em <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Alexandre-da-Rocha-Klaumann.pdf>. Acesso em: 30.out.2020.

KOOPMANS, Fabiana Ferreira et al. O viver na rua: Revisão integrativa sobre cuidados a moradores de rua. **Rev Bras Enferm**. 72(1), p. 220-229, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0653>. Acesso em: 14 jan 2022.

LARGEY GP & WATSON DR . Gale Peter Largey and David Rodney Watson. The Sociology of Odors. **American Journal of Sociology**. Vol. 77, No. 6, p. 1021-1034, May. 1972.

LOUZADA, Laila Oliveira. “**Análise das práticas das primeiras equipes de Consultório na Rua do RJ: caminhos para o exercício da Clínica Ampliada na perspectiva dos profissionais**”. 2015. 125 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2015.

MACERATA, Iacã, SOARES, José Guilherme Neves & RAMOS Júlia Florêncio Carvalho. Support as care for existential territory: Primary Care and the street. **Interface** ,Botucatu, 18 Supl 1, p. 919-930, 2014.

MACHADO, Gisele Cardoso de Almeida. A difusão do pensamento higienista na cidade do Rio de Janeiro e suas conseqüências espaciais. in: **Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH**. p. 1-19. São Paulo, julho 2011.

MACHADO, Ricardo William Guimarães. A Construção Da Política Nacional Para População Em Situação De Rua. **Temporalis**, Brasília, ano 20, n. 39, p. 102-118, jan./jun. 2020.

MANCHINI, Vera Lucia Martinez. **O processo de trabalho no cuidado em saúde às pessoas em situação de rua no município de São Paulo**. 2018. 98 p. Dissertação – Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de

Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, 2018.

MATTOS, Ruben Araújo. Os sentidos da integralidade. Algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO R, ARAÚJO R, (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Uerj, IMS. Abrasco; 2001. p. 39-64.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. Trad. Renata Santini. São Paulo: n-1 Edições, 2018.

MELGAÇO, Lucas. **Securização urbana: da psicosfera do medo à tecnoesfera da segurança**. 2010. 274 p. Tese (Doutorado em Geografia), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MEDEIROS, Luis Inacio da Silva. **População em situação de rua no Brasil: expressão da questão social ou expressão radical da questão racial**. 2019. 75 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. **Manual Sobre o Cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua**. Brasília DF. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. **Resolução nº 466**, de 12 dezembro 2012. Resolve aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 14 out 2021.

MOURA JR., James Ferreira.; XIMENES, Verônica Moraes. A identidade social estigmatizada de pobre: uma constituição opressora. *Fractal, Rev. Psicol.*, v. 28 – n. 1, p. 76-83, 2016.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, set. 2013.

OLIVEIRA, Roberta Gondim. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. **Saúde Soc.** São Paulo, v.27, n.1, p.37-50, 2018.

OMEROV, Pernilla, *et al.* Homeless persons' experiences of health- and social care: A systematic integrative review. **Health and Social Care in the Community**. 28. 10.1111/hsc.12857, 2019.

PINTO, Andressa Hoffmann *et al.* Determinantes Sociais, Equidade e Consultório na rua. **Rev. enferm. UFPE on line**. 12(12): 3513-3520, dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236025>. Acessado em 14. fev. 2022.

REZENDE, Augusto Cesar de. MACHADO, Carlos Augusto Alcântara. A fraternidade como antídoto contra a aporofobia. **Sequência (Florianópolis)** 42 (88), 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/2177-7055.2021.e74086> Acesso em 18.03.2023.

RODRIGUES, Donizete. Patrimônio cultural, Memória social e Identidade: uma abordagem antropológica. **Revista Ubimuseum**, n.01. Universidade da Beira Interior (POR), 2012. Disponível <http://www.ubimuseum.ubi.pt/n01/artigos.html>. Acesso em dezembro de 2022

ROSA, Anderson da Silva, CAVICCHIOLI, Maria Gabriela Secco, BRÊTAS Ana Cristina Passarella. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. **Rev Latino-am Enfermagem**, 13(4), p. 576-82. 2005.

SÁ, Marilene de Castilho. On fraternity: a psychosociological view of healthcare and the humanization of healthcare practices. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.651-64, 2009.

SANTANA, Fábio Tadeu de Macedo, & SOARES, Marcus Rosa. Reformas Passos: cem anos de uma intervenção excludente. In **XII Encuentro de Geógrafos de América Latina** (pp. 1-12.). 2009. Montevideo: EGAL. Disponível em <http://www.observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal12/Geografiasocioeconomica/Geografiaurbana/156.pdf>. Acesso em 12.03.2023

SANTOS, Boaventura de Souza. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. **Lua Nova**, São Paulo, n.48, p.11-32, jun. 1997.

SAYURI, Juliana. O que é arquitetura hostil. E quais suas implicações no Brasil. **Nexo jornal**, 03 fev 2021. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2021/02/03/O-que-%C3%A9-arquitetura-hostil.-E-quais-suas-implica%C3%A7%C3%B5es-no-Brasil>. 03 de fevereiro de 2021. Acesso em 18.03.2023.

SCHILLING, Flávia; MIYASHIRO, Sandra Galdino. Como incluir? O debate sobre o preconceito e o estigma na atualidade. **Educação e Pesquisa**, São Paulo/SP, v. 34, 86 n. 2, p. 243-54. mai/ago. 2008.

SILVA, Carolina Cruz, CRUZ, Marly Marques, VARGAS, Eliane Portes. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. **Saúde debate 39 (spe)**, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005270> .Acesso em: 19 mar 2022.

SILVA JUNIOR, Diogo Vaz, BELLOC, Márcio Mariath. Invisible dwelling: life production and care in the urban experience. **Interface**, Botucatu, v. 22 (67), p.1065-75, oct./dec. 2018.

SILVA, Maria Lucia Lopes. **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005**. 2006. 220 p. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília., Brasília- DF, 2006.

SILVA, Mayara Grazielle Consentino. Algumas considerações sobre a reforma urbana Pereira Passos. **urbe. Revista Brasileira de Gestão Urbana**, 11, 2019. e10180179. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-3369.011.e20180179>. Acesso em dezembro de 2022.

SMAS-RJ - Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro - **Diagnóstico Sintético do Censo de População em Situação de Rua de 2020**. Rio de Janeiro: SMAS, 2020. 15 p.

SOTERO, Marília . Vulnerabilidade e vulneração: população de rua, uma questão ética. **Revista Bioética**, 2011, 19(3), 799-817. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533257016>. Acesso em: 26 jul 2022.

SOUZA, Bianca Nogueira da Silva Barros. E o Povo da Rua, como fica? In **Quatro anos nas sombas**. Slaviero, Cleusa (org). Curitiba: Compactos, 2022

SOUZA, Greice Kelly Gurgel de. **Avaliação da relação de felicidade dos trabalhadores com o trabalho qualificado em saúde: cenários vividos em uma unidade básica de saúde**. 2018. 58 p. Dissertação (Mestrado em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

SOUZA, Karen Christinne de Castro. **A desromantização da maternidade – O ser mãe em situação de rua**. 2018. 66 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Departamento de Serviço Social, Natal.

SOUZA, Pedro Bastos de. **A identidade cultural como direito fundamental no contexto da globalização e seu papel afirmativo na construção de políticas públicas no mundo lusófono**. 2014. 298 p. Dissertação (Mestrado Direito e Políticas Públicas) Universidade Federal do Estado Do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TRAVASSOS, Cláudia & CASTRO, Mônica Silva Monteiro. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C., and CARVALHO, A. I., eds. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p. 183-206. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0009>. Acesso em: 06 mar 2022.

VALLE, Fabiana Aparecida Almeida Lawall; FARAH, Beatriz Francisco. A saúde de quem está em situação de rua: (in)visibilidades no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30(2), e300226, 2020.

VAN WIJK, Livia Bustamante & MÂNGIA, Elisabete Ferreira. Atenção psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva** 24 (9) , 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.29872017>. Acesso em: 19 out 2022.

VAN WIJK, Livia Bustamante & MÂNGIA, Elisabete Ferreira. O cuidado a pessoas em situação de rua pela rede de atenção psicossocial da Sé. **Saúde debate** 41 (115), 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711511>. Acesso em: 14 dez 2021.

VARGAS, Everson Rach & MACERATA Iaçã. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. **Rev Panam Salud Publica**. 42:e170. 2018.

VIEIRA, Maria Antonieta da Costa; BEZERRA, Eneida Maria Ramos; ROSA, Cleisa Moreno Maffei. **População de rua: quem é, como vive, como é vista**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, SP, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014.

WOLKMER, Antonio Carlos. **Pluralismo Jurídico: fundamentos de uma nova cultura no Direito**. 3 ed. São Paulo: Alfa-Omega, 2001. 480 p.

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante,

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Desafios na implementação de políticas públicas em saúde para população em situação de rua”, desenvolvida por Bianca Nogueira da Silva Barros Souza, discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PROFSAUDE/UERJ) sob orientação da Professora Dra. Eloisa Grossman.

A pesquisa tem como objetivo geral analisar as estratégias para garantia do direito à saúde da população em situação de rua, articulando a construção social dessa população, as políticas públicas a ela direcionadas e os obstáculos a sua implementação na prática do cuidado dos profissionais de saúde da APS do município do Rio de Janeiro.

Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2020) indicam que nos últimos anos houve um aumento de pessoas vivendo em situação de extrema pobreza, elevando assim de forma perceptível o número de pessoas vivendo em situação de rua. Junto com o aumento da pobreza tornam-se mais aparentes episódios de intolerância e ódio contra a população em situação de rua. Neste cenário ganha relevo a importância de se ter um sistema de saúde que permita atendimento da população em situação de maior vulnerabilidade, especialmente nos grandes centros urbanos onde a questão se torna mais crítica.

Cabe salientar que os profissionais de saúde que atuam especificamente junto a este público (como no caso dos modelos de consultórios ou equipes de rua) são em número escasso se comparados ao tamanho e às necessidades dos usuários. Os profissionais que trabalham com essa população nem sempre estarão plenamente capacitados ou ambientados a lidar com usuários em situação de rua. Os estigmas, preconceitos e barreiras vivenciados nos mais diversos setores da sociedade civil podem permear estas relações entre o profissional de saúde e o usuário.

Assim sendo, a presente pesquisa buscará promover a reflexão sobre as práticas e percepções dos profissionais neste contexto, fornecer subsídios para melhor capacitação das equipes de saúde e contribuir para um atendimento mais humanizado aos grupos vulneráveis.

Serão incluídos na pesquisa profissionais, sugeridos por informantes-chave (gerentes) que atuam ou atuaram na Estratégia Saúde da Família e/ou no Consultório na Rua há pelo menos dois anos e que tiveram experiências no atendimento de pessoas em situação de rua. Os participantes poderão indicar novos contatos com as características desejadas pela pesquisa a partir de suas redes pessoais e profissionais.

As entrevistas acontecerão dentro das unidades de saúde, de forma individual, em ambiente que garanta a privacidade (auditórios e salas de reunião), mantendo o distanciamento seguro, com uso de máscara e álcool gel a ser fornecido pelo pesquisador. Será respeitado o tempo máximo de uma hora, buscando o melhor momento dentro da jornada de trabalho de cada entrevistado, de forma a não interferir ou trazer prejuízos às suas rotinas profissionais, conforme combinado através de e-mail prévio.

As entrevistas abordarão questões sobre concepções e práticas de cuidado utilizadas pelos profissionais no atendimento a pessoas em situação de rua, assim como a percepção do tema em suas formações acadêmicas e profissionais. Os áudios serão gravados em formato digital, com o objetivo de não perder as informações durante a entrevista.

O participante tem o direito de não responder qualquer pergunta, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal. Caso o participante opte por interromper a entrevista por se sentir desconfortável ou por qualquer outro motivo, sua vontade será respeitada, podendo se encerrar a entrevista ou ser combinada nova data para dar continuidade.

O risco ao participante que pode vir a acontecer seria um certo desconforto emocional por abordar questões subjetivas, pessoais e delicadas em se tratando do cuidado em saúde da população em situação de rua. Em todo caso, o pesquisador buscará oferecer uma escuta atenta às questões apresentadas e auxiliar no processo de busca de uma escuta qualificada caso seja necessário ao participante.

Os riscos em relação ao sigilo e confidencialidade durante a coleta e uso de dados na pesquisa podem ser considerados mínimos pois as entrevistas serão desenvolvidas de forma individual dentro das Unidades de Saúde em locais com privacidade; serão utilizados nomes fictícios para se referir aos fragmentos das entrevistas que serão utilizados na pesquisa; dados e informações como nome e local de trabalho, que porventura possam implicar na identificação dos entrevistados por vias transversas ou oblíquas não serão utilizados. Desta forma, fica garantido ao participante que não haverá qualquer tipo de identificação de sua participação na pesquisa, preservando sempre o anonimato. Ao final da gravação da entrevista, será franqueado ao participante a possibilidade de ouvir todo seu conteúdo.

A adesão à pesquisa será voluntária e o participante autoriza a gravação das entrevistas em áudio (MP3) que serão transcritas na íntegra, tornando-se material de análise apenas para uso do pesquisador. A qualquer momento o entrevistado pode desistir de participar e retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

Os arquivos digitais com o material coletado (áudios e decupagem) serão salvos em arquivos criptografados e ficarão sob a guarda e responsabilidade do pesquisador, salvos em pasta protegida por senha. Após fazer o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, a pesquisadora irá apagar todo e qualquer registro dos dados coletados de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". O material ficará armazenado em local seguro até completar o período de cinco (5) anos após o término da pesquisa, quando será excluído e deletado da lixeira do dispositivo eletrônico utilizado pelo pesquisador.

O participante da pesquisa tem o direito de buscar indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Em termos de benefícios ao participante, o estudo permitirá uma compreensão ampliada sobre a prática do cuidado à população em situação de rua, e incentivará a reflexão sobre o tema, permitindo à qualificação do processo de trabalho.

Os resultados da pesquisa serão divulgados através de envio de e-mail aos participantes. Será combinado com a gerência das unidades que o pesquisador participará de uma reunião de equipe com o objetivo de apresentar brevemente a pesquisa realizada, seus objetivos e os resultados alcançados.

A presente pesquisa utilizará recursos próprios para sua realização e não haverá custos ou despesas para os participantes da pesquisa.

Ao participar você estará colaborando para o conhecimento sobre a prática do cuidado à população em situação de rua como forma de garantia do direito à saúde desses indivíduos.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador e a outra será fornecida ao participante da pesquisa. O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e Lei Geral de Proteção de Dados), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos, de forma que não haja identificação do participante em nenhuma publicação que possa resultar da pesquisa.

Qualquer informação adicional sobre a pesquisa, em qualquer momento, poderá ser obtida com a pesquisadora: Bianca Nogueira da Silva Barros Souza, endereço institucional: Rua Ana Barbosa, 21, Méier; telefone: (21) 986239714 e e-mail: biancabarrospsf@gmail.com

Esclareça-se, ainda, que o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é o órgão responsável pela divulgação e avaliação de normas éticas das pesquisas com seres humanos, que permite a elaboração de forma correta e acompanhamento de todos os passos dos projetos de pesquisa, sendo responsável pela garantia da proteção dos participantes. O estudo poderá ser interrompido mediante aprovação prévia do CEP ou, quando for necessário, para que seja salvaguardada a segurança do participante da pesquisa.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, ou queira esclarecer alguma questão da pesquisa, poderá entrar em contato com os Comitês de Ética através dos seguintes endereços: Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3° andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180, segundas, quartas e sextas-feiras, de 10h às 12h e 14h às 16h; e Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro- Rua Evaristo da Veiga, 16 - 4° andar - Sala 401 – Centro/Rio de Janeiro – Tel.: (21) 2215-1485 - CEP: 20031-040 - E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “Desafios na implementação de políticas públicas em saúde para população em situação de rua”, dos procedimentos nela envolvidos, assim como dos possíveis benefícios e riscos decorrentes da minha participação, de maneira clara e detalhada. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2022.

Nome do(a) participante: _____ Assinatura: _____

Telefone para contato: _____

Nome da pesquisadora: _____ Assinatura: _____