



Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro
Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política
Centro de Ciências do Homem

JACINTA DE AGUIAR MEDEIROS

População em Situação de Rua e as iniquidades de acesso à saúde: “*sobre viver*” e adoecer nas ruas da cidade de Campos dos Goytacazes/RJ

Campos dos Goytacazes/RJ
Agosto de 2022

JACINTA DE AGUIAR MEDEIROS

População em Situação de Rua e as iniquidades de acesso à saúde: “*sobre viver*” e adoecer nas ruas da cidade de Campos dos Goytacazes/RJ

Tese de doutoramento apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política (PPGSP) do Centro de Ciências do Homem (CCH) da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF), como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor.

Linha de Pesquisa: Estado, Instituições Políticas, Mercado e Desigualdade.

Orientador: **Prof. Dr. Mauro Macedo Campos.**

**Campos dos Goytacazes/RJ
Agosto de 2022**

FICHA CATALOGRÁFICA

UENF - Bibliotecas

Elaborada com os dados fornecidos pela autora.

M488 Medeiros, Jacinta de Aguiar.

População em Situação de Rua e as iniquidades de acesso à saúde : *"sobre viver"* e adoecer nas ruas da cidade de Campos dos Goytacazes/RJ / Jacinta de Aguiar Medeiros. - Campos dos Goytacazes, RJ, 2022.

194 f. : il.
Bibliografia: 168 - 182.

Tese (Doutorado em Sociologia Política) - Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Centro de Ciências do Homem, 2022.
Orientador: Mauro Macedo Campos.

1. População em Situação de Rua. 2. Saúde. 3. Doença. 4. Cuidado. I. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. II. Título.

CDD - 320

JACINTA DE AGUIAR MEDEIROS

População em Situação de Rua e as iniquidades de acesso à saúde: “*sobre viver*” e adoecer nas ruas da cidade de Campos dos Goytacazes/RJ

Tese de doutoramento apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política (PPGSP) do Centro de Ciências do Homem (CCH) da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF), como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor.

Linha de Pesquisa: Estado, Instituições Políticas, Mercado e Desigualdade.

Aprovada em 25 de agosto de 2022.

Comissão Examinadora:

Prof. Dr. Ágnez de Lelis Saraiva
Escola de Governo da Fundação João Pinheiro Minas Gerais (Externo-FJP/MG)

Prof. Dr^a. Sonia Acioli de Oliveira
Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Externo-UERJ/PPGENF)

Prof. Dr^a. Magda Guimarães de Araújo Faria
Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Externo-UERJ/PPGENF)

Prof. Dr. Geraldo Márcio Timóteo
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (Interno-UENF/PPGSP)

Orientador: Prof. Dr. Mauro Macedo Campos
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (Orientador-UENF/PPGSP).

*“Os ninguéns: os filhos de ninguém, os donos de nada.
Os ninguéns: os nenhuns, correndo soltos, morrendo a vida, fodidos e mal pagos:
Que não são, embora sejam.
Que não falam idiomas, falam dialetos.
Que não praticam religiões, praticam superstições.
Que não fazem arte, fazem artesanato.

Que não são seres humanos, são recursos humanos.
Que não tem cultura, têm folclore.
Que não têm cara, têm braços.
Que não têm nome, têm número.
Que não aparecem na história universal, aparecem nas páginas policiais da imprensa local.
Os ninguéns, que custam menos do que a bala que os mata”.*

(Eduardo Galeano, 2002).

Dedico esse trabalho aos meus pais, Jaime e Maria pela oportunidade da vida, e aos meus irmãos pelo cuidado.

Aos que habitam as ruas, pela demonstração diária de coragem mesmo diante das incertezas dos caminhos desconcertantes.

AGRADECIMENTOS

Ao Deus que habita em mim e me faz *(re)existir* perante os desafios da caminhada - indispensáveis ao meu progresso moral e espiritual.

Aos meus pais Jaime e Maria Auxiliadora pela minha vida! Minhas maiores inspirações e a quem devo minhas conquistas, pelo amor singelo e profundo que eu jamais teria condições de agradecer em sua tamanha grandiosidade. Sem eles, nada feito! Gratidão imensa aos meus irmãos e irmãs: Fátima, Lúcia, Martinho e Juninho, pelo apoio incondicional, por cuidarem de mim e dos nossos pais com tanto amor. Sem vocês eu não teria a tranquilidade necessária para concluir mais essa etapa da minha vida.

Gratidão aos demais familiares e amigos que compartilharam e compartilham das minhas vivências na jornada existencial, pela compreensão da minha ausência durante a solitária trajetória de confecção desta tese. Destaco Luna, minha sobrinha e amiga, parceira incondicional de todas as horas nos campos pessoal e acadêmico. Sigamos firmes, companheira!

À Faperj, pelo apoio financeiro ao trabalho.

Ao meu orientador, Dr. Mauro Macedo Campos pela doçura e competência reconhecidas. Pelo estímulo às minhas perguntas, pela leitura atenta, pela disponibilidade. Tenho certeza que suas respostas me auxiliaram na construção de caminhos mais descomplicados e acolhedores dentro do universo acadêmico e que, certamente, fizeram essa pesquisa andar com mais leveza.

À Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Sociologia Política (PPGSP) da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF), Wânia Amélia Belchior Mesquita por sua honrosa dedicação. Aos demais docentes vinculados ao Centro de Ciências do Homem (CCH), em especial, Rodrigo da Costa Caetano e Geraldo Márcio Timóteo pelos seus valorosos contributos, apoio, carinho e aspirações para o futuro durante a trajetória desde o mestrado.

Ao pessoal de apoio, que mesmo em meio às dificuldades enfrentadas pelas Universidades públicas nos últimos anos, não desistiu de tentar fazer da UENF um espaço digno.

Agradeço às valiosas contribuições das professoras da Faculdade de Enfermagem Rachel Haddock Lobo da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Magda Faria e Sonia Acioli e do professor Ágnez de Lélis Saraiva, servidor e docente ligado à Fundação João Pinheiro (FJP) e à Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

À minha turma de Doutorado em Sociologia Política (2018/1) cujas partilhas foram essenciais no processo de vivência acadêmica.

Aos meus colegas de trabalho do Consultório na Rua (CnaR) pela disponibilidade em fazer parte da construção desse estudo, obrigada pela partilha diária!

Às pessoas em situação de rua, todo o meu apreço. Desejo muito mais do que diagnósticos sociais e de saúde, vocês merecem respeito!

Aos coordenadores e técnicos vinculados aos espaços institucionais de cuidado à População de em Situação de Rua (PSR) da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Humano e Social (SMDHS) e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Campos dos Goytacazes/RJ, pela acolhida, pelo apoio, pela paciência e por possibilitar a proximidade com os meus sujeitos de pesquisa.

Enfim, a todos e a todas que resistem e não desistem de lutar por um mundo melhor, a minha imensa gratidão!

RESUMO

População em Situação de Rua e as iniquidades de acesso à saúde: “sobre viver” e adoecer nas ruas da cidade de Campos dos Goytacazes/RJ

Estudos sociológicos sobre as condições de saúde em diferentes segmentos populacionais configuram novas possibilidades de compreensão acerca dos complexos significados individuais e coletivos a respeito de saúde e adoecimento. Para a construção desta tese de doutoramento, tomou-se como *lôcus* o município de Campos dos Goytacazes/RJ e foram delineados os seguintes objetivos: geral - analisar as principais variáveis que influenciam o trinômio saúde-doença-cuidado na População em Situação de Rua (PSR); específicos - distinguir o significado de saúde/adoecimento/cuidado na PSR a partir da sua autopercepção; conhecer os Itinerários Terapêuticos (IT) acionados ao demandarem por cuidado e, verificar ocorrência de barreiras nas unidades públicas de saúde frente às suas necessidades. Foram analisadas se as ações assistenciais praticadas pelos profissionais que atuam na rede pública valorizam as circunstâncias de desconstrução identitária e social desses sujeitos, de modo à correlacioná-las ao acometimento de enfermidades, decorrentes das suas trajetórias de realização, de exclusão física e simbólica. Amparando-se sobre percurso metodológico de viés qualitativo, a investigação se justifica ao valorizar a vulnerabilidade social, como fator edificante de iniquidades no acesso às políticas sociais de saúde. O estudo pode, ainda, subsidiar à gestão municipal à condução de processos organizacionais da sua rede de serviços a partir da utilização de práticas assistenciais compreensivas e contextualmente integradas. Contribui para repensar o cotidiano e as perspectivas de vida, saúde e adoecimento desses sujeitos mediante a observação dos direitos preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os resultados apontaram iniquidades tendo em vista a persistente desarticulação entre setor público e sociedade civil no âmbito das secretarias municipais, com destaque para assistência, saúde, habitação, educação, trabalho e renda.

Palavras-chave: População em Situação de Rua, Saúde, Doença, Cuidado.

ABSTRACT

Homeless population and inequities in access to health: “*about living*” and getting sick on the streets of the city of Campos dos Goytacazes/RJ

Sociological studies on health conditions in different population segments, configure new possibilities of understanding about the complex individual and collective meanings regarding health and illness. For the construction of this doctoral thesis, the municipality of Campos dos Goytacazes/RJ was taken as the locus and the following objectives were outlined: general - to analyze the main variables that influence the health-disease-care triad in the Homeless Population (PSR); specific - distinguishing the meaning of health/illness/care in PSR based on their self-perception, knowing the Therapeutic Itineraries (TI) triggered when they demand care and verifying the occurrence of barriers in public health units facing their needs. We analyzed whether the care actions carried out by professionals working in the public network, value the circumstances of identity and social deconstruction of these subjects, in order to correlate them with the onset of diseases, resulting from their trajectories of streetization, physical and symbolic exclusion. Based on a qualitative methodological approach, the investigation is justified by valuing social vulnerability as an edifying factor of inequities in access to social health policies. The study can also support municipal management, the conduction of organizational processes of its network of services, from the use of comprehensive and contextually integrated care practices. It contributes to rethinking the daily life and perspectives of life, health and illness of these subjects, by observing the rights advocated by the Unified Health System (SUS). The results pointed to inequities, in view of the persistent disarticulation between the public sector and civil society, within the scope of municipal secretariats, with emphasis on assistance, health, housing, education, work and income.

Keywords: Homeless Population, Health, Illness, Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead.....	39
Figura 2 - Modelo de Determinantes Sociais proposto por Diderichsen e Hallqvist.....	40
Figura 3 - Localização de Campos dos Goytacazes no Norte do estado do Rio de Janeiro.....	51
Figura 4 - Etapas utilizadas durante a construção do estudo.....	60
Figura 5 - Desenho esquemático do caminho metodológico utilizado durante o desenvolvimento da pesquisa.....	70
Figura 6 - Registro fotográfico do trabalho de acompanhamento da PSR aos serviços de urgência.....	90
Figura 7 - Trajetória de ida para as ruas na cidade do Rio de Janeiro com base em levantamento realizado em 2020.....	96
Figura 8 - Infográfico com os principais achados da pesquisa nacional sobre PSR.....	98
Figura 9 - Psicodinâmica de ida e de vida nas ruas.....	103
Figura 10- Principais condições de saúde referidas pela PSR no Brasil.....	120
Figura 11 -Mapa central da cidade de Campos dos Goytacazes/RJ.....	126
Figura 12 - Distância percorrida pela PSR entre a Praça São Salvador e o PU da Saldanha Marinho.....	127
Figura 13 - Distância percorrida pela PSR entre a Rodoviária Roberto Silveira e o PU da Saldanha Marinho.....	127
Figura 14 - Registro fotográfico do trabalho do CnaR de Campos.....	151
Figura 15 - Registro fotográfico da vacinação contra Covid-19 realizada pelos profissionais do CnaR.....	159

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Condições de saúde mais referidas pela PSR entre março e julho de 2021. .154

Tabela 2 - Principais pontos de atendimento da PSR pela equipe do CnaR..... 156

Tabela 3 - Total de imunobiológicos contra a Covid-19 administrados na PSR pelos profissionais do CnaR (entre maio e agosto de 2021)..... 160

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Hospitais Gerais de Campos dos Goytacazes.....	52
Quadro 2 – Unidades da rede assistencial de saúde pública de Campos dos Goytacazes/RJ com maior condição de acesso à PSR.....	53
Quadro 3 - Percurso metodológico de consolidação da pesquisa.....	55
Quadro 4 – Modos como as pessoas em situação de rua foram afetadas durante a pandemia de Covid-19.....	77
Quadro 5 - Trabalho de campo - entrevistas realizadas com PSR, profissionais da SMDHS e servidores da saúde desde julho/2019.....	122
Quadro 6 - Perfil socioeconômico da PSR.....	123
Quadro 7 - Sobre as condições de saúde da PSR.....	124
Quadro 8 - Legislação e orientações direcionadas à implantação dos CnaR no país...152	

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Principais motivos de ida para as ruas Campos dos Goytacazes/RJ.	100
Gráfico 2 - Principais motivos de ida para as ruas no Brasil.	101
Gráfico 3 - Média anual por fatores desencadeantes dos casos novos atendidos no Centro Pop em Campos dos Goytacazes/RJ, em valores absolutos.	106
Gráfico 4 - Média anual por renda dos casos novos de pessoas atendidas no Centro Pop em Campos dos Goytacazes/RJ, em valores absolutos.	107
Gráfico 5 - Média anual por escolaridade dos casos novos atendidos pelo Centro Pop em Campos dos Goytacazes/RJ, em valores absolutos.	108
Gráfico 6 - Declaração das pessoas em situação de rua quando indagadas se tinham ou não problemas de saúde.	130

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CF - Constituição Federal

CIAMP-RUA - Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População de Rua

CnaR - Consultório na Rua

CNDSS - Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CRTM - Centro de Referência para Tratamento de Saúde da Mulher

DENEM - Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina

DSS - Determinantes Sociais da Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

EUA - Estados Unidos da América

HFM - Hospital Ferreira Machado

HGG - Hospital Geral de Guarus

HND - História Nacional da Doença

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada

IT - Itinerário Terapêutico

MSF - Médicos Sem Fronteiras

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

ONG - Organização Não Governamental

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PEC - Proposta de Emenda Constitucional

PIB - Produto Interno Bruto

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNH - Política Nacional de Humanização

PNPSR - Política Nacional para População de Rua

PP - Poder Público

PSR - População em situação de rua

PSS - Produção Social da Saúde

PU - Posto de Urgência

RAS - Rede Assistencial de Saúde

RBA - Rede Brasil Atual

SAGI - Secretaria Nacional de Avaliação e Gestão de Informação

SMDHS - Secretaria Municipal de Desenvolvimento Humano e Social

SNAS - Secretaria Nacional de Assistência Social

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I	20
DESLOCADOS DO MUNDO: OS REPRESENTANTES POR “EXCELÊNCIA” DA POBREZA E DA EXCLUSÃO SOCIAL.....	20
1.1 Conceituando o universo da PSR.....	20
1.2 O trinômio saúde-doença-cuidado na população em situação de rua	31
CAPÍTULO II.....	50
O LÓCUS E O PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA.....	50
2.1 O campo de pesquisa: a cidade sob perspectiva	50
2.2 Aspectos introdutórios do tema, do objeto e do campo.	53
2.3 A aproximação com o campo da pesquisa.....	62
2.4 Sujeitos e cenários da pesquisa: o percurso metodológico desenvolvido no campo ...	69
CAPÍTULO III	74
APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	74
3.1 A PSR e a visão da sociedade.....	74
3.2 População em situação de rua: saúde/adoecimento e as iniquidades de acesso à saúde – primeiras observações	82
3.3 Perfil socioeconômico da PSR e os motivos de ida para as ruas	93
CAPÍTULO IV.....	111
SAÚDE-ADOCIMENTO-CUIDADO E ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: A PERAMBULAÇÃO PELAS RUAS E A BUSCA POR CUIDADO	111
4.1 Sobre ser sadio ou estar doente – a PSR e o itinerários acionados na busca por auxílio.....	112

4.2 O acesso da PSR aos serviços da rede pública de saúde na cidade de Campos dos Goytacazes/RJ.....	131
4.3 Políticas públicas de saúde e PSR: a contribuição do Consultório na Rua.....	150
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	162
REFERÊNCIAS	168
APÊNDICES	183

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa de doutoramento objetiva avançar no campo dos conhecimentos acerca do processo de saúde-adoecimento no universo da PSR. O estudo procura observar como essas pessoas identificam a necessidade de acessar algum ponto da rede pública de saúde pois, uma das principais expectativas dessa investigação, aponta para situações geradoras de iniquidades de acesso ao cuidado tendo em vista, o estigma e o preconceito social que marca o segmento social destacado.

O interesse pelo tema surgiu em 2003, quando integrei a equipe interdisciplinar do Meio Fio¹, projeto mantido pela Organização Não Governamental (ONG) Internacional Médicos Sem Fronteiras (MSF)² na cidade do Rio de Janeiro, cujo propósito central, era oferecer atenção biopsicossocial à PSR adulta. Paralelamente, trabalhávamos a autonomia e a participação das pessoas em situação de rua nos espaços institucionais de discussão, direcionados à formulação de ações de intervenção, na tentativa de viabilizar coletivamente, a construção de uma rede de serviços com capacidade real que pudesse dar conta das singularidades do grupo.

Recém formada pela Faculdade de Enfermagem Rachel Haddock Lobo – FENF/UERJ, ingressei com muitas interrogações em um universo absolutamente novo. A complexidade da PSR, as necessidades de adaptação na oferta do cuidado no território da rua, o aprendizado de tudo que era inédito para mim e, os distintos saberes profissionais dos colegas de trabalho, traduziram-se em oportunidades, que somadas, agregaram valiosos conhecimentos à minha formação profissional e pessoal.

Deste modo, acredito que entre outros aspectos, influenciaram a escolha desse objeto de estudo, a soma da minha trajetória como enfermeira de Saúde da Família e, posteriormente,

¹ Fonte: Médicos Sem Fronteiras, projeto Meio Fio. “Durante os seus quatro anos de duração, o projeto Meio Fio por meio de sua equipe interdisciplinar, abordou 7.547 usuários pelos educadores de rua, 3.194 atendimentos de saúde e 3.318 demandas psicossociais”. Disponível em: <https://www.msf.org.br/noticias/projeto-meio-fio-faz-balanco-das-atividades-junto-populacao-em-situacao-de-rua-do-rio/>. Acessado em: 03/03/2022.

² Fonte: Médicos Sem Fronteiras (MSF). “Organização humanitária internacional que leva cuidados de saúde a pessoas afetadas por graves crises humanitárias. Também é missão da MSF chamar a atenção para as dificuldades enfrentadas pelos pacientes atendidos em seus projetos. A organização foi criada em 1971, na França, por jovens médicos e jornalistas, que atuaram como voluntários no fim dos anos de 1960 em Biafra, na Nigéria. Enquanto socorriam vítimas em meio a uma guerra civil brutal, os profissionais perceberam as limitações da ajuda humanitária internacional: a dificuldade de acesso ao local e os entraves burocráticos e políticos que faziam com que muitos se calassem, ainda que diante de situações gritantes. MSF surge, então, como uma organização humanitária que associa ajuda médica e sensibilização do público sobre o sofrimento de seus pacientes, dando visibilidade a realidades que não podem permanecer negligenciadas. Em 1999, MSF recebeu o prêmio Nobel da Paz”. Disponível em: <https://www.msf.org.br/quem-somos/>. Acessado em: 03/03/2022.

no Consultório na Rua (CnaR). Em ambos os casos, houve a possibilidade de atuar em territórios onde cidadãos e cidadãs convivem diariamente com uma miríade de vulnerabilidades. Tais cenários me proporcionaram adquirir conhecimentos mais sólidos, circunstâncias que conjugadas, pavimentaram as motivações de encarar um tema tão árido.

O estudo se torna relevante ao (re)conhecimento acerca das práticas de enfrentamento da PSR frente às adversidades encontradas durante a busca por cuidados em saúde. Sinaliza para a necessidade de adequação de condutas profissionais compatíveis com as suas demandas de saúde a partir da compreensão dos modos de vida e de sobrevivência nas ruas, autopercepção e autonomia do sujeito. Além do mais, o conhecimento sobre os percursos das pessoas em busca de atenção; a compreensão da forma como se relacionam com o cuidado e utilizam a rede de saúde, também dão relevância ao estudo de modo a auxiliar na elaboração de processos de organização da gestão dos serviços de saúde por meio da construção de práticas assistenciais compreensivas e contextualmente integradas (CABRAL, *ET AL.*, 2011).

Sob o ângulo socioantropológico, Frangella (2009) classifica a PSR como um segmento social particular que transita no espaço urbano e, que em razão das suas inúmeras trajetórias de desvinculação social e econômica, passa a viver em locais impensáveis ao imaginário coletivo e ao planejamento urbanístico, contrapondo-se diariamente, às estratégias econômicas e políticas que ideologizam as *urbes* contemporâneas, notadamente, as metrópoles.

Tipificações reunidas por Vieira *et al.* (1994), identificam os diversos contextos onde se caracterizam as experiências da PSR quando se trata da permanência, transitoriedade e diversidade de quem se encontra nas ruas das cidades brasileiras. Sob o ponto de vista dos autores, existem condições que classificam diferentes momentos dentro do universo em realce, deste modo, *ficar na rua* configura uma situação circunstancialmente transitória, característica de situações de vulnerabilidade e de precariedade das condições de vida. Neste exemplo, as pessoas podem estar chegando às cidades em busca de tratamento de saúde, de emprego ou de parentes e, em razão do medo e na tentativa de se proteger da violência, pernoitam próximo à rodoviárias e a outros locais públicos movimentados. Já, *estar na rua*, caracteriza aqueles que já não consideram a rua mais tão ameaçadora, passam a estabelecer relações com outras pessoas na mesma condição e a desenvolver pequenas tarefas como estratégias de sobrevivência, como é o caso dos guardadores de carro, vendedores ambulantes, descarregadores de carga e catadores de recicláveis. Os que *são de rua*, de acordo com os mesmos autores, são aquelas pessoas que já se encontram há muito tempo nessa condição e

que sofrem, em razão disso, um processo de debilitação física e mental. Condição essa associada ao uso de substâncias psicoativas, alimentação deficitária, exposição às variações climáticas e à violência entre outros aspectos relacionados às vulnerabilidades impostas ao grupo.

De acordo com Schuch (2007), a mudança do conceito de *morador de rua* para *pessoa em situação de rua* se deu ao longo do tempo como resultado da mobilização política que pretendia olhar para a experiência de quem vive na rua e, ao mesmo tempo, combater o estigma em torno do grupo tendo em vista as suas peculiaridades. O conceito atual sobre PSR, classifica-os como um conjunto de populações diversas que faz das ruas seu local de existência e de moradia ainda que temporariamente.

Para Schuch & Gehlen (2012), a itinerância e a mobilidade características do grupo podem ocasionar resistência à produção de práticas de governo direcionadas às suas especificidades ou, ao contrário, expressar intervenções estatais brutais sob a ótica higienista ou de segurança pública. Tais medidas iriam no sentido de civilizar os “bárbaros” e “primitivos” desprovidos de recursos econômicos. Situações essas que os colocam na condição de “desposseção” simbólica.

Destaca Fahra (2015) em relatoria para Organização das Nações Unidas (ONU³) que, a situação de rua é capaz de afetar todos os contextos socioeconômicos podendo ser encarada como uma crise global de Direitos Humanos e que, portanto, requer uma resposta global urgente. Caracteriza-se como um fenômeno diverso que afeta diferentes grupos de pessoas de distintas maneiras todavia, com características comuns. Para a autora (*ibid.*) a questão se agrava diante da incapacidade dos governos em reagirem às crescentes desigualdades de renda e de acesso à terra, à propriedade, bem como; a incapacidade de dar respostas efetivas aos problemas de migração e de urbanização. Deste modo, “a situação de rua se produz quando a moradia é tratada como uma mercadoria e não como um direito humano” (2015, p. 02).

Assim, no que diz respeito à ocupação do espaço urbano, a variação semântica entre as terminologias *ficar na rua*, *estar na rua* e *ser da rua* exprime a ideia de movimento, oscilando entre o transitório e o permanente. Na presente pesquisa, prioriza-se o uso do conceito *população em situação de rua* em oposição a *morador de rua* na medida em que o primeiro

³ Fonte: Organização das Nações Unidas (ONU), relatório sobre moradia adequada como componente do direito a um padrão de vida adequado e sobre o direito a não discriminação neste contexto. Disponível em: https://terradedireitos.org.br/wp-content/uploads/2016/11/Relat%C3%B3rio_Popula%C3%A7%C3%A3o-em-situa%C3%A7%C3%A3o-de-rua.pdf. Acessado em: 05/03/2022.

termo trata *da rua* como espaço de convivência transitório, em clara dissonância com o segundo termo que remete à ideia de que *estar na rua* se trata de uma vocação permanente, algo imutável.

Por conseguinte, propõe-se para o andamento desta investigação, designar a rua como uma experiência de vida temporária, experimentada por grupos de pessoas que, em decorrência de inúmeros acontecimentos, viram-se obrigadas a morar nas ruas, lugar que nas palavras de Chagas & Castro (2015) seria inapropriado ao *habitat* permanente do ser humano.

De acordo com Packer *et al.*, (2015) a ida para as ruas é capaz de romper a identidade social das pessoas impondo-as perda das suas identidades pessoais. Desse modo, passam a serem chamadas ou identificadas de acordo com novas características vistas pelos companheiros da rua e pela sociedade em geral.

Compreende-se para fins desta pesquisa por situação de rua (grifo nosso), o processo de rualização que pessoas, por não possuírem moradia fixa, habitam transitoriamente diversos logradouros públicos, albergues ou abrigos. Para Mattos (2003), a expressão é utilizada de modo a dar ênfase ao processo de passagem pela rua como um momento da biografia individual e não como estado permanente de vida.

A ocorrência de pessoas em condições de extrema pobreza vivendo nas ruas estaria também dentre outras circunstâncias, implicada às características dos espaços urbanos pois, nos cenários produzidos pelas grandes cidades⁴, apresentam-se a infraestrutura oportuna e a ampla circulação de capital. Em seu estudo, Silva *et al.* (2008) assinalam que os municípios menores e, portanto, pouco urbanizados, não seriam dotados de tais alternativas como sustento de vida, ocasionando uma incidência menor de pessoas em situação de rua.

Como esclarece Natalino (2016), o número reduzido de pesquisas conduzidas pelo Governo Federal sobre o tema da rualização⁵, ou seja, a ausência de censos oficiais frequentes que tracem um perfil da PSR em todo o país, ainda que justificada pelas dificuldades operacionais, acaba por restringir o desenvolvimento de políticas sociais direcionadas ao segmento.

No Brasil, a formulação de políticas de atenção direcionadas à PSR teve como aporte inicial, o Decreto 7.053 de 2009 (BRASIL, 2009a) que instituiu conjuntamente a Política

⁴ “Uma cidade é capaz de produzir o lugar dos ricos e o lugar dos pobres, das indústrias e do comércio, dos fluxos e circulação de mercadorias, bens e serviços e também produzir riscos diferenciados para cada indivíduo ou grupo social. Sua estrutura espacial é necessariamente heterogênea, resultado da permanente ação da sociedade sobre a natureza. Esse espaço produzido socialmente se configura como um território que exerce pressões econômicas e políticas sobre a sociedade, criando condições particulares para sua utilização por cada ator social” (GONDIM *ET AL.*, 2008a, p. 237).

⁵ O termo rualização será utilizado aqui para dar ideia de movimento, ou seja, da trajetória de ida para as ruas.

Nacional para População de Rua (PNPSR) e o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População de Rua (CIAMP-RUA)⁶. Dentre os princípios normativos definidos pela PNPSR, essencialmente constam: a igualdade e a equidade; o respeito e a dignidade humana; o direito ao convívio familiar;, a valorização da vida, da cidadania e da universalidade no acesso aos serviços de saúde além do acolhimento humanizado⁷.

A pesquisa nacional sobre população em situação de rua e a culminância do Decreto 7.053/2009, deram-se em razão da necessidade da criação de políticas sociais mediante a ocorrência de uma série de agressões sofridas repetidamente pelo grupo, com destaque para a ocorrida na Praça da Sé, na cidade de São Paulo no ano de 2004. No “episódio da Sé” como ficou conhecido, dez moradores de rua foram atacados e, apenas quatro pessoas sobreviveram. Duas das vítimas foram a óbito no local do crime, outras quatro atingidas pela barbárie faleceram no período de hospitalização. De acordo com Santos (2015), o crime nunca foi solucionado e em tempo algum alguém foi responsabilizado ou punido.

De modo a subsidiar as questões normativas que buscam definir políticas públicas para a PSR, embasados em pesquisas nacionais, um conjunto de dados que retratam o perfil do grupo foi apresentado no final da década de 2000. Tem-se que, entre agosto de 2007 e março de 2008, por intermédio da Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) e da Secretaria Nacional de Avaliação e Gestão de Informação (SAGI), foi executado um estudo pelo Instituto Meta que atingiu 71 cidades brasileiras com mais de 100.000 habitantes, das quais, 23 eram capitais e as demais 48 possuíam mais de 300.000 habitantes. A pesquisa nacional publicada em 2008 alcançou um total de 31.922 pessoas em situação de rua no país no período. Todavia, os municípios de São Paulo, Recife, Belo Horizonte e Brasília foram excluídos da contagem pois, independentemente, contavam com pesquisas semelhantes recentemente concluídas ou

⁶ Para a integração do CIAMP-RUA, ficou estabelecida a participação de representantes da sociedade civil e por um representante e respectivo suplente de cada órgão conforme descrito a seguir: Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (Coordenação do CIAMP-RUA), Ministério do Desenvolvimento Social de Combate à Fome, Ministério da Justiça, Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério das Cidades, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério dos Esportes e Ministério da Cultura. Ainda no referido decreto houve a indicação de que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) incluísse a PSR no Censo de 2020, o que de fato não ocorreu (BRASIL, 2009a).

⁷ Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), segundo a qual, “não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde”. Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>. Acessado em: 01/09/2018.

em andamento (NATALINO, 2016).

Quase uma década depois desse levantamento inicial, um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) sob a supervisão de Natalino (2016), apontou a ocorrência de 122.890 pessoas em situação de rua no Brasil ao final de 2015. Outra averiguação conduzida sob o acompanhamento de Natalino (2020), realizada entre setembro de 2012 e março de 2020, por meio do levantamento dos registros no Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal, evidenciou um crescimento de 140% da PSR em todo o país, contabilizando 222.869 pessoas em situação de rua no período.

Pesquisas que tratam da temática da PSR podem ser observadas em estudos de autores como Vieira *et al.*, (1994), Escorel (1999), Varanda & Adorno (2004), Iamamoto (2008), Frangella (2009), Vieira *et al.*, (1994), Schuch & Gehlen (2012), Chagas & Castro (2015), Hallais & Barros (2015), Valencio *et al.*, (2008), Natalino (2016-2020), entre tantos outros contributos, ajudaram-nos a compreender a PSR no âmbito eleito como *locus* para desenvolvimento dessa pesquisa, Campos dos Goytacazes/RJ, município situado na região norte do estado do Rio de Janeiro.

Tomando como base as proposições apresentadas, traçou-se como questões de pesquisa: As ações geradoras de cuidado, organização e oferta dos serviços públicos de saúde perpetuam iniquidades de acesso à PSR no município pesquisado? Os trabalhadores das unidades de saúde estão preparados para atender à PSR? Como a PSR da cidade em questão reconhece o acolhimento dos profissionais que atuam nestas unidades da Rede Assistencial de Saúde (RAS)?

São questionamentos que movem o trabalho investigativo desenvolvido nesta tese de doutoramento, cujo objetivo geral, centra-se na análise das principais variáveis que influenciam o trinômio saúde-doença-cuidado na PSR no município de Campos dos Goytacazes/RJ. Alinha-se assim aos seguintes objetivos específicos: distinguir o significado de saúde/adoecimento/cuidado na PSR a partir da sua autopercepção; identificar os Itinerários Terapêuticos (IT) acionados ao demandarem por cuidado e; verificar ocorrência de barreiras nas unidades públicas de saúde frente às suas necessidades.

Para o alcance dos objetivos propostos, privilegiou-se na primeira etapa, a incursão sobre parte importante da literatura especializada que trata da temática em relevo. Na sequência, definiu-se o momento no qual se daria a ocorrência do caráter descritivo do campo de pesquisa, ou seja, um segundo instante onde se deu prioridade à empiria, à observação da distribuição socioespacial da rede de serviços e da PSR na cidade, além da apreciação da

territorialidade a fim de oportunizar a construção de um recorte temporal e geográfico que comportasse a pesquisa.

Importante frisar que durante a construção das estratégias para a realização do trabalho de campo houve concomitância com a busca de informações por meio da análise de fontes secundárias de informações como, por exemplo, relatórios mensais de produção confeccionados por técnicos envolvidos no trabalho com a PSR.

A estrutura de confecção dessa tese se encontra permeada por considerações que envolvem direitos e cidadania da PSR, dividida em quatro capítulos: no primeiro, buscou-se lançar as bases teórico-conceituais acerca da temática da PSR propondo-se, para tanto, neste ponto, uma abordagem mais ampla acerca do universo que envolve as suas condições de vida e de saúde, perpassando por questões sociais, culturais e econômicas. Considerou-se o trinômio saúde-doença-cuidado e os recursos de mediação do grupo, correlacionando-os à percepção do adoecimento e aos mecanismos psíquicos acionados quando da necessidade de cuidados face ao adoecimento.

Na sequência, o segundo capítulo traz a descrição do *locus* da pesquisa e o seu desenho metodológico, instante em que se ressalta, ainda que de forma breve, o perfil do município em questão, de maneira a incluir no cenário escolhido o tema da pesquisa, o objeto, bem como, a aproximação com o campo, sujeitos e cenários da investigação.

O terceiro capítulo resulta na apresentação e discussão dos primeiros resultados encontrados no campo, mediante a observação dos sujeitos, do registro das entrevistas e da confecção do diário de campo. Para tanto, foi utilizado como ponto de partida, a análise sobre a visão/percepção da sociedade acerca da PSR e como resultante desse olhar, buscou-se atentar para as condições de vida, de saúde e de adoecimento do grupo social no espaço urbano estudado.

Ainda neste terceiro capítulo, sugeriu-se, identificar na PSR, condições referentes à saúde-adoecimento-cuidado e iniquidades de acesso ao cuidado. Na última subseção, procurou-se traçar o perfil socioeconômico da PSR além, dos principais motivos de realização - com destaque para a psicodinâmica de ida e de permanência nas ruas.

Valorizadas as suas percepções e práticas resultantes das experiências coletivas; as relações sociais que se estabelecem no espaço da rua e; de que modo esses fatores interferem nas suas condições de saúde e na tomada de iniciativa na busca por auxílio; o quarto capítulo se refere à saúde/adoecimento e IT, conduz à tona as primeiras aproximações com as questões relativas à carência de condições materiais e culturais em que vive a PSR na cidade de

Campos dos Goytacazes/RJ. Por meio da escuta e da observação dos agentes envolvidos neste processo, discorreremos aqui sobre situações referentes ao acesso da PSR à rede pública de saúde correlacionando-as às políticas públicas; além da observação das condutas dos servidores que atuam nestes espaços institucionais de cuidado.

Por fim, debruçando-se sobre a literatura que versa sobre o tema e os achados do campo, tecem-se as considerações finais. A tese oportuniza a análise sobre a influência das desigualdades sociais e dos seus reflexos sobre as iniquidades de acesso à saúde; nelas compreendidas as diferenças nas condições de saúde entre os que se encontram sócio inseridos e os que não tiveram a mesma sorte.

CAPÍTULO I

DESLOCADOS DO MUNDO: OS REPRESENTANTES POR “EXCELÊNCIA” DA POBREZA E DA EXCLUSÃO SOCIAL

“Temos de articular políticas de igualdade com políticas de identidade. Temos o direito de ser iguais sempre que as diferenças nos inferiorizam; temos o direito de ser diferentes sempre que a igualdade nos descaracteriza” (Boaventura Sousa Santos, 2003).

1.1 Conceituando o universo da PSR

É parte da intenção, neste capítulo inicial, trabalhar o perfil de saúde-doença do grupo dialogando com uma proposta mais igualitária e redistributiva de atenção universal à saúde, idealizada a partir dos contributos do Sistema Único de Saúde (SUS). Pretende-se ainda, levantar questões vinculadas aos IT e ao acolhimento das demandas de saúde da PSR por parte dos profissionais que atuam nos espaços institucionais da rede assistencial de saúde pública de Campos.

Consideramos importante ressaltar as várias nuances sociais, econômicas e políticas que envolvem esses indivíduos e os coloca em condições de extrema vulnerabilidade e isolamento sob a forma de miséria e de exclusão. Pereira (2009) observa que a desqualificação socioeconômica do grupo serve de pano de fundo condicionante à legitimação da ruptura do contrato social, justificada em grande parte, pela urgência da sobrevivência característica das grandes cidades.

Propõe-se também analisar a percepção dos trabalhadores da rede assistencial pública do município, especialmente, no que diz respeito às demandas de saúde e à oferta de cuidados à PSR.

Dentre outros aspectos, o capítulo visa também trabalhar de que maneira o desequilíbrio entre saúde-doença desencadearia os modos de busca por auxílio, práticas e estratégias adotadas pela PSR se comparadas a distintos grupos sociais e que nos dizeres de Gerhardt (2006), tende a ser mais árdua nas camadas sociais de baixa renda.

Portanto, no que concerne à busca pelo cuidado, o olhar sobre os IT na PSR se torna de grande relevância para o campo da saúde coletiva, sob a perspectiva de que o termo sublinhado evoca para si a importância do emaranhado social que envolve a trajetória do

adoecimento e do cuidado em saúde, tomando-se em conta para essa proposta investigativa o “[...] estudo da saúde de uma coletividade enquanto *sistema social*” (LOYOLA, 2012, p. 09).

Sob o ponto de vista sociológico, os “sem teto” se constituem em grave problema social que afeta milhares de pessoas em todo o mundo. O jornalista Célio Pezza em matéria veiculada em junho de 2016⁸ destacou que não existem estatísticas mundiais seguras acerca da PSR. No caso brasileiro, estudos divulgados pelo IPEA em 2016 e 2020 registraram respectivamente os seguintes quantitativos: 122.890 pessoas em situação de rua no país conforme Natalino (2016) e 222.869 na mesma condição de acordo com Natalino (2020).

Cabe destacar que aqui não há a pretensão de identificar a amplitude dos nexos causais entre desvinculação do mundo do trabalho, pobreza e precariedade de vínculos sociais como elementos centrais na produção de uma trajetória de ida às ruas, todavia, acredita-se ser possível sinalizar para o fato de que tais elementos, isolados ou conjuntamente, sirvam como alavanca deste processo.

Na busca por contemplar a natureza complexa desse objeto de estudo, nesse primeiro eixo, foram realizadas aproximações iniciais com o campo, com as representações sociais e econômicas da pobreza e da desigualdade, correlacionando-as ao processo de realização e de exclusão social.

O fenômeno da realização, de acordo com Pereira (2009), decorre da combinação de fatores econômicos, políticos e sociais ligados aos processos de urbanização e de crescimento das cidades, fatores atrelados ao desenvolvimento do capitalismo, sistema que agudiza e guarda marcas profundas com o processo gerador de desigualdades.

Considerados como partes integrantes e estruturantes das iniquidades sociais, os termos *desigualdade*, *pobreza* e *exclusão* são frequentemente utilizados como sinônimos. Contudo, explica Silva (2009), que no campo das ideias conceituais, alguns autores aceitam os termos desigualdade e pobreza como próximos, embora para outros, devam ser vistos de maneiras distintas.

O aparecimento de pessoas morando nas ruas estaria, na compreensão de Pereira (2009), vinculado a uma trajetória histórico-social excludente, determinante das suas condições existenciais. Por se encontrarem privados do direito de posse da terra e do acesso ao trabalho, fariam parte da dimensão estrutural resultante do modelo econômico capitalista e da sua histórica trajetória de desigualdade como efeito. Diante desse quadro, na concepção do

⁸Fonte: Jornal Estadão. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/moradores-de-rua/>. Acessado em: 18/10/2018.

autor, os indivíduos em situação de rua seriam caracterizados como:

[...] representantes por excelência da pobreza ou da exclusão. Uma população sem habitação, sem renda, sem emprego, sem laços familiares ou territoriais, sem destino previsível. Apresentado como atemporal em seu modo de vida cotidiano, representam populações que se situam em diversas épocas históricas, às margens do sistema de organização social e fora do sistema de produção e de consumo padronizados na vida social (PEREIRA, 2009, p. 196).

Para Nascimento (2003) a desigualdade social se refere à distribuição de riquezas materiais e simbólicas por meio de uma métrica diferenciada que vai de mais a menos. Aqueles despossuídos de recursos suficientes para manter as suas necessidades básicas, privados do direito de acesso às condições mínimas de viver dignamente, caracterizariam os pobres, caso da PSR. Logo, na acepção do autor, não seria incorreto afirmar que a desigualdade estaria presente como um sinal de ruptura do vínculo social, fator que na visão *durkheimiana*, seria explicado como um dos efeitos provocados pela ruptura dos laços de solidariedade nas sociedades modernas.

Muito embora seja possível afirmar que as condições de pobreza existiram na maioria das sociedades, Giddens & Sutton (2016) assinalam que o uso do seu conceito remonta ao final do século XIX e início do século XX, embora em razão de novos arranjos entre capital e força de trabalho nas modernas sociedades capitalistas, a terminologia pobreza ganhou amplitude.

No começo do século XXI, tanto os países pobres quanto os países ricos se depararam com o que Bursztyn (2003) vai chamar de “inimpregáveis”, ou seja, grandes contingentes humanos que não conseguem ter acesso ao mundo do trabalho globalizado. O autor assinala que em consequência disso, o mundo assiste ao desamparo de milhares de excluídos buscando pela sobrevivência às margens da proteção social, tendo em vista a inoperância das políticas públicas.

As observações de Snow & Anderson (1998) indicam que situações associadas a sobrevivência são responsáveis por fazer surgir nesse grupo social um conjunto de comportamentos singulares; rotinas que podem ser interpretadas como uma subcultura, ainda que limitada ou incompleta. Para os autores, não seria um mundo social criado ou escolhido por grande parte das pessoas em situação de rua, não inicialmente, porém, um mundo para o qual a maioria dos que lá se encontra, foi empurrada sem ter controle das circunstâncias que os levaram para lá.

Bursztyn (2003, p. 42) aponta para o crescimento do fenômeno da PSR a quem se

juntam os desvinculados involuntariamente do mundo do trabalho, “já não são mais apenas os mendigos tradicionais, os *clochards*, os *hippies*, os *squatters*, os deficientes físicos ou mentais, ou os vagabundos, como noutros tempos”. Para o autor, mesmo em países de economia central, ocorreria o surgimento de uma espécie de degradação da vida humana que, em decorrência do avanço econômico desenfreado, empurra as populações mais empobrecidas rumo à exclusão, ou seja, a globalização propicia o aumento da produção, todavia, paradoxalmente possibilita uma redução do emprego de mão de obra.

Para Snow & Anderson (1998) a combinação dos seguintes elementos: ausência de papéis consensualmente definidos de utilidade social e valor moral, associada à ausência de moradia convencional permanente e ausência de apoio familiar, acabam por refletir nas vidas e experiências das pessoas em situação de rua, empurrando-as para uma subcategoria que incorpora a perda de dignidade e de valores morais. Desse modo, sob o ponto de vista sociológico, nos dizeres destes mesmos autores, ser morador de rua é assumir dentre outras coisas, um papel básico ou de um *status* modelar inferiorizado diante da maioria dos papéis sociais convencionais que tendem a imbuir considerável prestígio aos seus detentores.

Por contraste, papéis ou *status* estigmatizados como no caso da PSR, conferem má reputação a seus detentores, com o agravante implícito de imputar-lhes conjuntamente defeito de caráter que varia em grau entre as categorias do grupo “baseada em grande parte na percepção pública da extensão de sua responsabilidade por sua situação e na ameaça que se acredita que elas representam à segurança e bem-estar de outros cidadãos” (SNOW & ANDERSON, 1988, p. 26).

Diante deste cenário em que os desempregados assumem o protagonismo de vida nas ruas, um dos movimentos do Estado nas palavras de Coimbra (2001) visa à eliminação impiedosa daquilo que atrapalha, ou seja, dos pobres e miseráveis que “enfeiam” as ruas.

A modernidade exige cidades limpas, assépticas, onde a miséria – já que não pode ser mais escondida e/ou administrada – deve ser eliminada. Eliminação não pela suspensão, mas pelo extermínio daqueles que a expõem incomodando os ‘olhos, ouvidos e narizes’ das classes sociais mais abastadas (2001, p. 58).

Neste ponto, vale ressaltar dois conceitos de pobreza defendidos por Escorel (1999): o primeiro denomina-se pobreza relativa e pode ser encarado como sinônimo de desigualdade, diante do qual, os indivíduos em uma dada sociedade e por falta de recursos, não conseguem ter acesso ao que é considerado substancial para alcançar uma vida digna e garantir o acesso ao que é considerado essencial dentro dos padrões sociais estabelecidos. Já o segundo

conceito sublinhado pela autora é o de pobreza absoluta, caracteriza-se por não garantir aos indivíduos o acesso aos bens e serviços essenciais para a manutenção da sobrevivência física.

De acordo com Giddens & Sutton (2016) seria atribuída aos sociólogos a distinção dos conceitos básicos de pobreza. Para estes, em primeiro lugar, a pobreza absoluta seria classificada por meio de um conceito de subsistência material mediante o qual os indivíduos não conseguem satisfazer as suas condições básicas. São compreendidas aqui como uma existência saudável capaz de garantir acesso a abrigo, alimentação suficiente e vestimentas.

Em segundo lugar, no que concerne à pobreza relativa, estaria caracterizada como elemento ligado ao padrão geral de vida em dada sociedade. Por sua vez, compreendida como “algo definido culturalmente e que não pode ser mensurado de acordo com um padrão universal, pois as coisas consideradas essenciais em uma sociedade podem ser tratadas como luxos em outra” (GIDDENS & SUTTON, 2016, pp. 169-170). Já, de acordo com Silva (2009), o conceito de pobreza absoluta sugere aquilo que pode ser mensurado de maneira invariável ao longo do tempo por meio da análise das condições de vida dos indivíduos inseridos em determinado grupo social.

Deve-se, contudo, esclarecer que existem inúmeras discussões em torno dos conceitos de pobreza relativa *versus* pobreza absoluta. Porém, no presente estudo, buscaremos considerar a ideia de que a pobreza absoluta está vinculada às questões de sobrevivência física, situação cujo mínimo vital não estaria sendo garantido, caso próprio das pessoas que vivem em situação de rua. Já, a pobreza relativa estará aqui compreendida, conforme sugere Rocha (2006), a partir da observação da ausência de objetivo social que possa reduzir a desigualdade de meios entre os indivíduos de uma dada sociedade.

Com efeito, a pobreza deve ser compreendida como um fenômeno complexo que, de modo geral, pode ser identificada como uma situação mediante a qual as necessidades dos indivíduos não estariam sendo atendidas satisfatoriamente. Mas quais necessidades são essas e o que seria classificado como atendimento adequado? A resposta a tais indagações depende, basicamente, de acordo com Rocha (2006, pp. 09-10) do “[...] padrão de vida e da forma como as diferentes necessidades são atendidas em determinado contexto socioeconômico. Em última instância, ser pobre significa não dispor dos meios para operar adequadamente no grupo social em que se vive”.

Chamam atenção Barros *et al.*, (2000) para a inexistência de uma classificação universal que comporte a definição de pobreza relativa, tendo em vista que o termo estaria relacionado às situações em que os indivíduos, em decorrência das suas condições de

carência, não conseguiriam manter um padrão mínimo de vida nos distintos contextos históricos onde vivem. Para além do campo das definições teórico-conceituais, Milton Santos esclarece que a pobreza existe em toda parte e, que para compreendê-la, deve-se levar em conta o contexto social e temporal onde vivem as pessoas.

A combinação de variáveis, assim como sua definição, mudam ao longo do tempo; a definição dos fenômenos resultantes também muda. De que adianta afirmar que um indivíduo é menos pobre agora, em comparação à sua situação de dez anos atrás, ou que é menos pobre na cidade em comparação à sua situação no campo, se esse indivíduo não tem mais o mesmo padrão de valores, inclusive no que se refere aos bens materiais? A única medida válida é a atual, dada pela situação relativa do indivíduo na sociedade a que pertence (SANTOS, 2013b, p. 18).

Indo mais além, Borin (2003) sugere correlacionar pobreza e desigualdade social, conceitos que na sua interpretação, poderiam ser explicados da seguinte maneira:

[...] pobreza reflete situações mais estáveis de acúmulo de privações absoluta ou relativa e traduz, em um plano estrutural, as distâncias sociais e econômicas entre os grupos de uma sociedade. Dessa forma, a associação entre pobreza e desigualdade não é totalmente desprovida de sentido: tanto a conceituação de privação absoluta como relativa refletem comparações entre situações desiguais: de um lado populações mais carentes e, de outro, segmentos de maior renda (2003, p. 63).

Fato é que, até a proclamação da Declaração dos Direitos Humanos datada de 10 de dezembro de 1948, a questão da desigualdade social era por tradição ou por lei, institucionalizada pelos diferentes modos de produção, de organização social e de política, sendo a sua existência “quase tão antiga quanto a história da civilização humana” (BURSZTYN, 2003, p. 27).

Escorel (1999) explica que por serem considerados processos interdependentes, pobreza e desigualdade interagem invariavelmente, na medida em que, o comportamento de uma situação reforça o desempenho da outra. Assim, o aumento da desigualdade implicaria, na maior parte das vezes, na elevação da pobreza.

Quanto ao entendimento das bases da desigualdade, deve-se abrir um parêntese para pensarmos acerca das contribuições dadas por Jean-Jacques Rousseau sobre o ordenamento das modernas democracias e sobre a questão da desigualdade entre os homens. Temas julgados de grande relevância à reflexão aqui proposta. Em sua obra “*Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens*”, Rousseau (2008) argumenta que a espécie humana teria sido concebida a partir de dois tipos de desigualdade, por ele assim definidas: uma primeira desigualdade natural ou física, que consistiria na diferença das idades, nos atributos físicos e nas qualidades do espírito e da alma; e uma segunda, balizada

pela moral e pela política.

Sobre os ensinamentos de Rousseau (2011) na obra intitulada “*Do Contrato Social*”, sustenta-se a ideia de que haveria nas ruas uma espécie de regressão do estado civil para o estado primitivo da natureza humana, mediante a qual, prevaleceria o senso do instinto sobre a legalidade da justiça, ocasionando em muitas circunstâncias o afrouxamento da moralidade diante da necessidade premente de sobrevivência.

Em razão das suas condições precárias de sobrevivência, de modo excludente, a PSR estaria destituída do que o autor chamou de propriedade social, e portanto, deslegitimados a participarem em condição de igualdade das decisões do Estado, excluídos pelo senso comum como condição fundamental de participantes na construção de uma sociedade menos desigual⁹ e, portanto, incapazes de atender aos anseios da coletividade.

Em outras palavras, com base na contribuição de Locke (2014) no livro “*Segundo Tratado Sobre o Governo Civil*”, nas relações interpessoais estabelecidas no território¹⁰ das ruas, prevalece o perfeito estado de natureza onde cada um, diante da sua necessidade cotidiana imediata de sobrevivência, assume a autoridade de executor.

Na concepção de Thomas Hobbes significa dizer que a “[...] manutenção dos pactos, é uma Regra da Razão pela qual somos proibidos de fazer qualquer coisa destrutiva à nossa vida, e conseqüentemente, ela é uma lei natural” (HOBBS, 2015, p. 136). Desta forma, considera-se que a sobrevivência e a justiça no espaço das ruas, estariam por necessidade, mais atreladas às leis e aos códigos naturais do grupo de indivíduos que se estabelecem nestes territórios do que às leis regidas pelo Estado.

À passagem de Thomas Hobbes descrita acima, aplica-se a ideia de que sendo uma parte dentro do todo, grupos formados por pessoas em situação de rua estão muito mais expostos a códigos próprios de conduta. Tal situação enseja a criação de um Estado paralelo,

⁹ “[...] a noção de igualdade só se completa se compartilhada à noção de equidade. Não basta um padrão universal se este não comportar o direito à diferença. Não se trata mais de um padrão homogêneo, mas de um padrão equânime” (SPOSATI, 1999, p. 128).

¹⁰ Salientam Gondim & Monken (2008b) que, o termo território origina-se do latim *territorium*, que, por sua vez, deriva de terra e, portanto, dá ideia de posse jurídica nascendo com dupla conotação por aproximar-se etimologicamente de termos como terra e terror. Assim, o território se caracteriza, antes de mais nada, pela ideia de poder, ou como um “[...] espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder” (RAFFESTIN, 1993 p. 53) e ainda de acordo com o mesmo autor (*ibid.*), o poder surge nestes espaços em função da relação entre os indivíduos que ali coabitam. Já as territorialidades seriam definidas como espaços resultantes de relações sociopolíticas, econômicas e culturais criando diferentes configurações e heterogeneidades, se tornando uma expressão geográfica do exercício do poder dentro de uma área determinada, essa sim, compreendida como um território (SACK, 1986). Para Raffestin (1993), os espaços são tomados pelos atores que neles convivem e ao fazerem isso de forma real ou abstrata, esses atores territorializam estes espaços. Gondim & e Monken (2008b) salientam que o processo de territorialização atende historicamente aos anseios da expansão dos modos de produção capitalista e dos seus aspectos culturais.

no âmbito do qual, prevalecem as suas próprias leis e códigos de justiça para quem apelam no desejo de decidirem controvérsias e punir transgressores, visando dessa forma exercer os seus direitos civis na ausência do “condão” do poder público instituído.

Não seria portanto exagerado afirmar que a ideia de justiça distributiva existente nas sociedades modernas. Desde a vigência de leis que visam à garantia de deveres e de direitos iguais, seria algo inalcançável para os que estão em condição de desabrigo, na medida em que haveria uma espécie de iniquidade generalizada em oposição ao conceito de equidade defendido por Hobbes como “distribuição igualitária a cada homem daquilo que, pela razão, lhe pertence” (HOBBS, 2015, p. 142).

Depreende-se dos fatos que o caso da PSR parece assentar-se na ruptura da solidariedade social *sui generis* classificada por Durkheim (1999) de solidariedade mecânica. Diante da qual ocorreria diretamente a ligação entre o indivíduo e a sociedade, concebida pelo autor (*ibid.*) não apenas como uma relação que consiste em conectar o indivíduo de maneira geral ao seu grupo social, e sim, visa a propiciar o que o autor chama de ligação harmônica e pormenorizada dessa conexão.

Condizendo com as ideias de Rousseau (2008), Arendt (1989) chama a atenção para a preocupação com a sobrevivência dos mais frágeis pois a autora entende que estes indivíduos estariam regredindo ao estado do homem primitivo a partir de uma preocupação individual o que os deixariam aflitos em virtude da precariedade do presente e da ausência do futuro. Razão pela qual em analogia à compreensão da autora, a vida seria percebida pela PSR como um permanente processo de morte.

Neste sentido, os grupos sociais excluídos estariam reduzidos à condição de *animal laborans*, para quem a única preocupação seria a garantia do metabolismo em funcionamento para manterem-se vivos, “[...] são expulsos da ideia de humanidade e, por vezes, da própria ideia de vida” (ESCOREL, 1999, p. 81).

Isto posto, tem-se que nas grandes metrópoles de um mundo globalizado onde a concorrência passa a ser encarada como competitividade¹¹ a qualquer custo e a qualquer preço. Ocorre então o enfraquecimento da noção de solidariedade, devolvendo ao homem à sua “condição primitiva do cada um por si, como se voltássemos a ser animais da selva, reduz as noções de moralidade pública e particular a quase nada” (SANTOS, 2013a, p. 65).

¹¹ Milton Santos considera que o fortalecimento e a expansão do capitalismo geraram uma competição cedendo lugar à competitividade, eliminando toda a forma de compaixão. Para o autor, “a competitividade tem a guerra como norma. Há a todo custo, que vencer o outro, esmagando-o, para tomar seu lugar” (SANTOS, 2013a, p. 65).

Seria então equivocado afirmar que estaria ocorrendo uma espécie de anomia¹² provocada pela globalização? A resposta ao que tudo indica seria não, afinal, é fato que estaríamos nos isolando cada vez mais em razão do apelo ao consumo/acumulação, onde “[...] a competitividade comanda nossas formas de ação. O consumo comanda nossas formas de inação. E a confusão dos espíritos impede o nosso entendimento do mundo, do país, do lugar, da sociedade e de cada um de nós mesmos” (SANTOS, 2013a, p. 46).

Na medida em que a ordem é competir e acumular, para Durkheim (1999), neste cenário, as relações se tornam cada vez menos coesas, comprometendo a questão moral e o seu funcionamento. Denominadas pelo autor como orgânicas, essas sociedades surgidas com base no advento do capitalismo industrial, produziram nos dias de hoje, formas mais intensas de individualismo, acirrando a competitividade entre os homens, comprometendo a consciência coletiva e conduzindo por fim ao que classificou como anomia.

Diante destes quadros sociais complexos, as grandes cidades passaram a se configurar como espaços de alta densidade populacional onde a economia se tornou essencialmente monetária. Transformaram-se em terrenos propícios ao desenvolvimento da pobreza e das desigualdades, estabelecendo-se de maneira tênue nestes territórios, os laços de solidariedade, em especial, os laços familiares, reforçando a ideia de vínculos sociais de tipologia orgânica como enfatiza Escorel (1999). Nestes termos, como assinala Simmel (1976) ocorreria uma espécie de banalização do sofrimento alheio, uma espécie de atitude “*blasé*”.

De acordo com Durkheim (1978), nessas sociedades, a noção de coerção social estaria comprometida e deixaria de ser essencial, algo imutável pelo desejo isolado dos indivíduos, pois ao nascerem já encontrariam este cenário pronto e dele passariam a fazer parte.

[...] pois tudo que está implicado nesta noção é que as maneiras coletivas de agir ou de pensar apresentam uma realidade exterior aos indivíduos, os quais a cada momento do tempo, com elas se conformam. Constituem coisas que têm existência própria. O indivíduo encontra-as inteiramente formadas e não consegue impedi-las de existir, não sendo também capaz de fazê-las existir de maneira diversa daquela sob a qual apresentam (DURKHEIM, 1978, p. XXXI).

Deste modo, o estudo das coletividades deve tomá-las essencialmente como exemplo e não os seus indivíduos isoladamente, pois “[...] para compreender a maneira como a sociedade se vê a si mesma e ao mundo que a rodeia, é preciso considerar a natureza da sociedade, e não a dos indivíduos” (DURKHEIM, 1978, p. XXVI).

¹² De acordo com Durkheim, a anomia social é construída com base na ausência de normas sociais e morais que sirvam de “guia” para a sociedade. O rompimento das referências sociais tradicionais se intensificou conforme a sociedade foi se modernizando. O conceito foi amplamente trabalhado em duas das suas obras: *Suicídio* (1897) e *Da Divisão Social do Trabalho* (1893).

No plano das representações pessoais, há o fortalecimento da categoria anômica conjuntamente com a desagregação de valores e a ausência de referências. Já no plano das relações sociais, a anomia estaria representada pela desagregação do tecido social e a falta de adesão aos valores. Logo, a anomia poderia ser descrita na visão de Escorel (1999, p. 61) como um: “[...] mecanismo de exclusão macro e microsocial que atinge facilmente a desagregação da ordem social pela morte do ser humano: o suicídio anômico. Anomia contém a ideia de morte, individual depois coletiva”.

Simmel (2006) chama atenção para o que seria o verdadeiro problema prático da sociedade que, sob o seu ponto de vista, seria a partir da relação entre as forças e as formas estabelecidas com os indivíduos por parte dessa sociedade capaz de incluí-los ou excluí-los, e finaliza:

[...] mesmo quem reconhece a ‘vida’ autêntica somente nos indivíduos, e identifica a vida da sociedade com seus membros individuais, não poderia negar uma variedade de conflitos reais entre indivíduo e sociedade”. De um lado, porque, nos indivíduos, os elementos fundem-se no fenômeno particular denominado ‘sociedade’, a esta adquire seus próprios pilares e órgãos que se contrapõem ao indivíduo com exigências e atitudes como se fossem um partido estranho. Por outro lado, o conflito está sugerido justamente por meio da inerência da sociedade no indivíduo. Pois a capacidade do ser humano de se dividir em partes e sentir qualquer *parte* de si mesmo como seu ser autêntico – parte que colide com outras partes e que luta pela determinação da ação individual – põe o ser humano, à medida que ele se sente como ser social, em uma relação frequentemente conflituosa com os impulsos de seu eu que *não* foram absorvidos pelo seu caráter social. O conflito entre a sociedade e o indivíduo prossegue no próprio indivíduo como luta entre partes de sua essência (SIMMEL, 2006, pp. 83-84).

Assim, na concepção de Simmel (2006), o vínculo social da modernidade seria excludente por natureza, corrobora Escorel (1999, p. 61) ao afirmar que “[...] no contexto de aumento e diversificação das interações, em que a alteridade, a relação com o outro acolhe parcialmente e acentua a diferença, as interações são de estranheza e hostilidade”.

A ideia defendida por Rousseau (2011) de que a sociedade se deteriora na medida em que evolui e se complexifica, transforma a natureza do homem balizando-a por uma estrutura político/econômica que “legaliza” esse processo, aplica-se bem à condição de “banalização” observada acerca do fenômeno da pobreza urbana na contemporaneidade, conforme as ideias defendidas por Sarah Escorel.

Para Rousseau (2008) o advento da vida em sociedade surgiu como algo inevitável, estimulando disputas pela propriedade, retirando o homem de seu estado primitivo, fazendo-o utilizar-se de atributos como inveja e desejo sobre aquilo que não lhe pertence. Neste contexto, a busca desenfreada pelo sucesso e pela acumulação gerariam disputas e

empurrariam um contingente cada vez maior de pessoas para às franjas sociais, relegando-as a extremas situações de vulnerabilidade e de exclusão.

Para além das questões teórico-filosóficas levantadas até aqui e em razão das mudanças simbólicas que podem emergir em contextos sociais distintos, Escorel (1999, p. 33) aponta para a importância de uma análise da pobreza com ênfase também nas suas representações sociais e no seu simbolismo histórico pois, para a autora, “[...] as noções que designam a pobreza podem ser analisadas através de cronologias e topografias que evidenciam emergências e mudanças nos conceitos e seus significados, como parte do universo simbólico de cada sociedade em determinados contextos históricos”.

Utilizando os dizeres de Escorel (1993, p. 33) “[...] a noção de pobreza, que inspirava inclusive a criação de ordens mendicantes, foi substituída por outra mais mundana que orientava a caridade segundo a capacidade e a aptidão dos homens no trabalho”. Percebe-se que a definição de pobre e de todas as suas variáveis pode ser ampliada conforme defende Mollat (1988, p. 12):

La definición del pobre y de sus estados debe pues ser amplia. El pobre es aquel que, de manera permanente o temporal, se encuentra em una situación de debilidad, de dependência, de humillación, caracterizada por estar privado de los médios, variables según las épocas y las sociedades, de potencia y de consideración social: dinero, relaciones, influencia, poder, ciência, calificación técnica, honorabilidad del nacimiento, vigor físico, capacidade intelectual, libertad y dignidade personales. Vivendo al día, no tiene ninguna oportunidade de levantarse sin la ayuda ajena. Uma definiciona tal puede incluir a todos los frustrados, a todos los abandonados, a todos los asociales, a todos los marginados; nos es específica de ninguna época, de ninguna región, de ningún médio. No excluye tampoco a aquellos que, por ideal ascético o místico, quisieron desprenderse del mundo o que, por abnegación, escogieron vivir pobres entre los pobres.

Sob o ponto de vista de Santos (2013a), ocorrem diferentes tipos de pobreza nos diversos países que compõem o cenário internacional. O autor sugere evitar definições simplistas para o fenômeno ao argumentar que o assunto exige uma compreensão dinâmica, tomando em consideração todo o seu conjunto de fatores pois, do contrário, tende a ocorrer uma ênfase na proposição de soluções parciais e de cunhos contraditórios.

Ao finalizar os apontamentos iniciais deste primeiro capítulo, sinaliza-se para o próximo eixo, no qual traremos respostas às indagações iniciais acerca do processo saúde-doença da PSR; dos Itinerários Terapêuticos utilizados pelo grupo na busca por assistência frente às suas demandas de saúde, incluindo como arcabouço teórico, questões que passaram a figurar o debate sobre a nova agenda de saúde pública a partir do início da década de 1970.

De acordo com Porto & Pivetta (2009), tal agenda produziu apontamentos

indispensáveis sobre quais seriam os principais condicionantes ou determinantes do processo de saúde-doença de uma dada coletividade. Indagações importantes sobre concepções modernas capazes de favorecer a superação do paradigma do modelo biomédico, profundamente centrado na doença, além de, apontarem para a escassez de recursos que afetam os sistemas de saúde em todo o mundo, com ênfase para os países mais pobres onde impera a vulnerabilização dos mais pobres.

Ponto de transversalidade crucial para a questão, sob a ótica da universalidade proposta pelo SUS no caso brasileiro, acreditamos nos propósitos de uma análise que contemple o protagonismo do modelo assistencial de saúde como política pública, de modo a arrefecer os efeitos causados pelas iniquidades de acesso aos serviços assistenciais por parte dos mais vulneráveis. Porém, como destaca Denem (2017) parece que a população em situação de rua não se encontra devidamente inserida nas propostas de universalidade, equidade e integralidade do SUS. Para o autor, a PSR se encontra na maior parte dos casos à margem das redes de atenção à saúde. São alvos de políticas de saúde focalizadoras que ignoram a complexidade do seu universo.

A próxima seção, jogará luz sobre a realidade da PSR, a partir da observação dos moldes de funcionamento e dos processos de trabalho adotados nos espaços públicos de cuidado à PSR propostos pelo SUS.

1.2 O trinômio saúde-doença-cuidado na população em situação de rua

Nesta subseção propusemos, dentre outros pontos, iniciar uma análise a respeito da busca por recursos de mediação quanto à percepção do adoecimento e dos mecanismos psíquicos acionados pela PSR na procura por ajuda, ou seja, os IT. Vale notar que no caso de um país como o Brasil, historicamente marcado pela desigualdade socioeconômica, a relação entre IT e pobreza assume grande relevância no campo da saúde coletiva conforme sinaliza Gerhardt (2006), para quem, essa relação interfere diretamente nas questões ligadas à tomada de decisão na busca por assistência.

Denominado desse modo pela literatura acadêmica, o termo IT é utilizado primordialmente aqui na pesquisa, como sinônimo da trajetória percorrida pela PSR na sua busca por cuidado. Visa ilustrar, a partir dos caminhos percorridos pelas pessoas que se encontram vivendo nas ruas de Campos, quais práticas individuais e coletivas emergem do grupo, na tentativa de solucionar os problemas de saúde frente aos serviços públicos disponíveis.

Para Gerhardt (2006) os IT percorridos por quem vive nas ruas, quando do surgimento de demandas de saúde, sofrem influência direta dos seus contextos de vida, alternando padrões se comparadas com indivíduos socialmente inseridos. Compreender essa alternância de comportamento na busca pela solução de problemas diante de extremas condições de sobrevivência, aponta-nos para um caminho que tende a evitar a culpabilização dos que vivem nas ruas pelo seu infortúnio, de modo a oferecer uma assistência livre de julgamentos. Para tanto, sugere-se a observação dos trabalhadores da saúde sobre o fato de que:

[...] para compreender a saúde dos indivíduos e a forma como eles enfrentam a doença torna-se necessário analisar as suas práticas (itinerários terapêuticos) a partir do contexto onde elas tomam forma, pois cada contexto possui características próprias e especificidades. É nesse contexto que acontecem os eventos cotidianos (econômicos, sociais e culturais) que organizam a vida coletiva, que enquadram a vida biológica e é dentro dele que os indivíduos evoluem ao mesmo tempo em que seu corpo, seus pensamentos, suas ações são fomentadas por esse espaço social (GERHARDT, 2006, pp. 2.449-2.450).

De acordo com Pinheiro *et al.*, (2016) os IT vem sendo utilizados como modo de captar a realidade que deriva das observações e percepções individuais mediante um constructo metodológico que permite a investigação das resultantes das experiências (passadas ou presentes) de pessoas ou grupos, sobre sofrimentos, aflições e perturbações de pessoas em situações concretas de adoecimento. Os autores destacam que há quase duas décadas, o tema IT vem sendo utilizado no campo da saúde coletiva e defendem que a “abordagem dos itinerários terapêuticos oferece visibilidade à pluralidade dos saberes, práticas e demandas por cuidado no campo da saúde que operam na reafirmação do direito à saúde e dos princípios e diretrizes do SUS” (p. 13).

Pinheiro *et al.*, (2016) acreditam que o IT ilustra de que modo pessoas, famílias e grupos sociais significam o adoecimento e produzem o cuidado e, em face disso, como tecem as suas trajetórias e redes de sustentação nos diferentes sistemas de cuidado. Indicam ainda como os serviços de saúde organizam o acolhimento às necessidades de saúde dos indivíduos e, de que maneira as práticas profissionais podem influenciar essas experiências.

[...] o potencial analítico que ele tem em olhar para as relações sociais estabelecidas no cotidiano, potencial interessante para apreender o que estaria em jogo no processo de saúde-doença-cuidado. Ou seja, os itinerários terapêuticos mostram abertura para compreender o papel que o encontro entre pessoas possui. Um encontro que, contudo, ultrapassa a dimensão biológica e técnica do cuidado ao adoecido e faz aparecer uma dimensão relacional e, conseqüentemente, simbólica, imbricada no que é posto em circulação nesses encontros (2016, p. 23).

Ao assegurar em seu artigo 196 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado,

garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, pp. 118-119), a Constituição Federal (CF) de 1988 apontou a direção para a formulação do SUS sob a ótica de uma política pública capaz de proporcionar a diminuição das iniquidades de acesso aos serviços de saúde.

Asseveram Lira *et al.*, (2019) sobre a importância do modelo de acesso à saúde proposto pelo SUS que prima pela acessibilidade, aceitabilidade e a disponibilidade de serviços de saúde devidamente dispostos nos territórios em quantidade e qualidade suficientes, de modo a atender às necessidades da população e a evitar a escassez ou duplicidade das ações.

Os autores chamam atenção para o fato de que em seu princípio de universalidade, o SUS propõe a garantia do amparo legal para acesso igualitário, integral e equânime a todo e qualquer cidadão. Entretanto, em termos práticos, sabidamente a PSR padece do exercício a esse direito, pois as ações de prevenção de agravos à saúde direcionadas ao grupo são, em grande medida escassas, restando aos que vivem nas ruas, o acesso ao SUS quase sempre por meio das portas de entrada nos serviços de urgência e emergência. De acordo com os mesmos autores, nem sempre os profissionais estão prontos para lidarem com pessoas portadoras de um emaranhado existencial difícil de ser decifrado, mas que pode e deve ser compreendido.

Em termos normativos, como instrumento do SUS, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) publicada em 2017, pressupõe a valorização do cuidado centrado na pessoa, aponta para a necessidade do desenvolvimento de ações assistenciais em saúde de forma singularizada, de modo a auxiliar o aperfeiçoamento de conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária e, colaborar com a PSR no gerenciamento e na tomada de decisões, embasado-as no autocuidado de maneira autônoma e efetiva.

Conclui-se que A PNAB deve destacar a importância de se reforçar a clínica ampliada como forma de construção de vínculos positivos; de intervenções clínicas e sanitariamente efetivas focadas na pessoa, sob a perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e dos grupos sociais, considerados como fatores substanciais quando se fala em PSR.

Pressupor também sobre a longitudinalidade do cuidado deve ser suscitado pela PNAB, ou seja, a continuidade das relações que favoreçam a criação e o fortalecimento dos vínculos e a corresponsabilização entre profissionais e usuários do SUS, permanentemente ao longo do tempo, de modo a acompanhar os efeitos das intervenções nas condições de vida e

de saúde das pessoas, visando à diminuição dos riscos de iatrogenia decorrentes, em muitos casos, do desconhecimento das suas histórias de vida.

Mas e na prática, como tem sido direcionada a PNAB desde a inscrição do SUS na CF de 1988 e a partir da elaboração das leis 8.080 e 8.142? Esse tipo de questionamento povoa a cabeça de especialistas sobre essa temática e, em alguma medida, defrontamos-nos aqui neste ponto com essa questão.

Morosini *et al.*, (2018) salientam que após transcorridas quase três décadas desde a promulgação das Leis nº 8.080 e nº 8.142 em 1990, ainda que perante as dificuldades encontradas em suas trajetórias de organização, “foram as políticas direcionadas para o fortalecimento da APS no Brasil que mais favoreceram a implantação dos princípios e diretrizes do SUS” (p. 12). As medidas editadas pelas diferentes PNABs tiveram papel fundamental nesse processo, especialmente, no modelo de atenção e na gestão do trabalho em saúde nos municípios. Para os autores, isso se deu de modo articulado à introdução dos mecanismos de financiamento, propulsores na adoção da organização das ações e serviços de saúde localmente.

Entretanto, lembram Morosini *et al.*, (2018) que em setembro de 2017 foi publicada uma nova versão da PNAB que suscitou a crítica de organizações historicamente vinculadas à defesa do SUS, entre as quais: a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Em nota conjunta, as três instituições denunciaram, entre outros, a revogação da prioridade dada à Estratégia Saúde da Família (ESF) na organização do SUS, com provável perda de recursos para outras configurações da Atenção Básica (AB) em um contexto de desmonte e de retração do financiamento da saúde no país.

Em resumo, já a partir de 2016, foi normatizado um conjunto de retrocessos que se traduziu na redução de direitos conquistados ao longo os últimos anos nas áreas da saúde, assistência social, educação, cultura, trabalho e previdência social. Assistimos diariamente, a imposição de medidas prejudiciais ao país e à classe trabalhadora, em benefício do mercado, do capital financeiro e dos interesses internacionais (GATTO, 2017).

A autora aponta para uma das mais graves medidas, a aprovação, pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal, da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 241, posteriormente alterada para PEC nº 55¹³ que dispõe sobre o congelamento por 20 anos dos

¹³Fonte: Senado Federal. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/540698/publicacao/15655553>. Acessado em 05/08/2022.

gastos públicos (destinação de recursos federais principalmente para educação, saúde e assistência social). Para Gatto (2017), a edição da medida, publicada em 2016, mesmo diante das denúncias de inconstitucionalidade feitas pela Procuradoria Geral da União, por especialistas, pelo movimento social, sindicatos e organismos internacionais, inclusive a ONU, prejudica os mais pobres e fere os Direitos Humanos.

Diante do cenário de retração de investimentos do Estado em Políticas Sociais, Morosini *et al.*, (2018) concluem que, infelizmente, as modificações introduzidas na PNAB de 2017 deram direção para um outro caminho diverso do que vinha sendo priorizando até então por meio do fortalecimento da APS, da expansão e da consolidação do SUS. Em um breve inventário, os autores destacam que alguns mecanismos da nova política “promovem a relativização da cobertura universal, a definição de padrões distintos de serviços, a recomposição das equipes e a reorganização do processo de trabalho na AB; entre outras mudanças importantes” (p. 22). A revisão empreendida atinge principalmente as conquistas alcançadas pela ESF e os processos em curso que pavimentaram caminhos de concretização de uma APS forte, parte fundamental de redes de atenção em um sistema universal de atenção integral à saúde, como elaborado pelo SUS (MOROSINI *ET AL.*, 2018).

Para os autores, tais circunstâncias se agravam na medida em que o país passa por um momento de ruptura das relações e instituições democráticas, de naturalização de um processo crescente de subtração de direitos e de aprofundamento da desigualdade. Momento em que se consolida um processo anticivilizatório do capital, mercantilizando cada vez mais espaços de produção e reprodução da vida humana, concluem:

Desassistir frações da classe trabalhadora com alguma capacidade de comprar serviços de saúde – como parece ser o horizonte desenhado pela PNAB 2017 – significa que o Estado brasileiro atua, mais uma vez, em favor da ampliação da participação do setor privado na saúde, em detrimento de um sistema que nunca pôde ser inteiramente público. Em contraposição, como projeto de luta e transformação, defende-se que os princípios do SUS, democraticamente constituídos e legalmente estabelecidos, deveriam ser tomados como valores éticos, que precedem e orientam a reconfiguração das políticas de saúde. Portanto, não devem e não podem ser transgredidos ou sequer flexibilizados, seja em função da tão aludida crise econômica vigente, muito menos em atenção às necessidades do mercado (MOROSINI *ET AL.*, 2018, p. 28).

Após tais considerações sobre os riscos impostos ao SUS a partir da edição da PNAB de 2017, o texto volta ao foco das inúmeras discussões que vem sendo feitas sobre o processo saúde-doença, entretanto, devemos avançar de modo a abranger a distinção entre a doença tal como é definida pelo sistema da assistência à saúde e a saúde tal como de fato é percebida pelos indivíduos.

Portanto, família, comunidade e as outras formas de coletividade se tornam elementos indispensáveis à qualidade de vida, contudo, vale lembrar que em sua maioria, a PSR prescinde desses constituintes, o que impacta diretamente sobre os seus condicionantes e determinantes sociais de saúde (BRASIL, 2017).

De acordo com Bastos (2015), valendo-se das questões relacionadas aos determinantes sociais, as condições de vida e de saúde se traduzem na história coletiva de um povo e nas histórias pessoais dos sujeitos a partir das suas trajetórias de vida e se relaciona às suas classes sociais:

[...] trajetórias de vidas marcadas pela classe social, escolaridade, desavenças familiares; questões de gênero, raça, geração, orientação sexual, escolaridade, opção religiosa; diminuição dos repertórios de escolha; acesso às políticas públicas; ausência do Estado de políticas socioassistenciais e presença forte do Estado nas políticas de segurança pública (2015, p. 244).

Sendo assim, Stoddart *et al.*, (2003) sugerem aqui uma nova maneira de se pensar a saúde e a doença no universo da PSR, incluindo, para tanto, explicações que valorizem a mortalidade e a morbidade, sob uma perspectiva que atravesse as diferentes classes socioeconômicas, de modo a observar que menores rendas ou status social estão associados a uma pior condição em termos de saúde.

Autores como Gadamer (1996) defendem que saúde e doença não são duas faces de uma mesma moeda. A saúde seria um dispositivo social relativamente autônomo em relação à ideia de doença e, as repercussões que este novo entendimento traz para a vida social e, particularmente, para as práticas cotidianas desenvolvidas nos serviços de saúde, abre novas possibilidades na concepção do processo saúde-doença.

Ainda sobre o que diz respeito às questões que envolvem o processo saúde-doença, Gualda e Bergamasco (2004) destacam que estão diretamente atreladas à forma como o ser humano, no decorrer de sua existência, apropriou-se da natureza para modificá-la de maneira a atender às suas necessidades de sobrevivência. Defendem ainda os mesmos autores que o processo em destaque representa um conjunto de relações e variáveis que produzem e condicionam o estado de saúde e doença em uma população, modificável em diferentes momentos históricos e de acordo com o desenvolvimento científico da humanidade.

Descaracteriza-se, portanto, de um conceito abstrato, definindo-se assim a ideia em torno do processo em destaque de acordo com o contexto histórico de sociedades distintas, forjado a partir da população e das suas lutas cotidianas em dado momento do seu desenvolvimento (GUALDA E BERGAMASCO, 2004).

Logo, pensando sob a concepção de que os sentidos de saúde-adoecimento são compreendidos de maneira singular pelos indivíduos e relacionados às suas experiências em um dado momento de vida, espera-se que mediante a ocorrência de um mal-estar, a pessoa busque lhe conferir um significado, um sentido. O surgimento da doença trata-se, portanto, invariavelmente de um acontecimento ímpar atrelado à vivência e ao modo próprio de ser e de agir das pessoas (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Consideram Canguilhem & Caponi (1995) que para se compreender a representação da saúde, faz-se necessária a captação da dimensão do ser pois; é nele que ocorrem as definições do que é normal ou patológico. Lembrando que o normal para um indivíduo pode não ser para o outro, não há rigidez no processo. Para os autores, a doença não pode ser compreendida apenas por meio das medições fisiopatológicas, tendo em vista que o estado da doença se caracteriza pelo sofrimento, pela dor, pelo prazer, ou seja, por valores e sentimentos expressos pelo corpo subjetivo que adocece.

Deste modo, trazendo a discussão teórica para a realidade do nosso campo de pesquisa; durante a trajetória na busca por ajuda terapêutica mediante o surgimento dos sintomas de enfermidades físicas ou psíquicas e diante do seu reconhecimento como tal, a PSR se depara com uma complexidade de “escolhas possíveis”, diante das quais, segundo Gerhardt (2006) há que se atentar para a dificuldade na tomada de decisões se considerados o contexto de vida das ruas, para tanto, a autora sugere que os elementos geradores de exclusão e de vulnerabilidade das pessoas em situação de rua sejam cautelosamente analisados pelos trabalhadores da saúde.

Cabe ressaltar ainda, que as atividades laborais que se apresentam para a PSR são, em sua maioria, informais e descontínuas. Tais fatores somados à violência urbana cotidiana e a perda de vínculos familiares teriam grande influência no adoecimento, na busca pelo cuidado e no acesso aos serviços de saúde, é o que salientam Junior *et al.*, (1998).

Nessa mesma linha, Travassos & Castro (2012) chamam a atenção para as dificuldades no acesso aos serviços de assistência à saúde, tendo em vista as situações experimentadas pela PSR em razão da desvantagem na sua posição social. Tais circunstâncias são responsáveis por expressarem, de acordo com os autores, desigualdades sociais em saúde - aqui consideradas como injustiças sociais.

As condições de saúde de uma população basicamente se relacionam fortemente com o padrão de desigualdade social existente, apresentando maior risco de adoecimento e de morte os grupos menos privilegiados socialmente, como salientam Travassos & Castro

(2012). Neste sentido, de acordo com mesmos os autores, “[...] os determinantes da equidade nas condições de saúde são distintos dos determinantes da equidade no acesso e na utilização de serviços de saúde” (p. 184).

Além da questão da desigualdade social em saúde, recomendam Buss & Filho (2007) que quando se trata de populações em condições complexas e diversificadas de vulnerabilidade, como é o caso da PSR, devem-se considerar circunstâncias para além dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) que, de acordo com a Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), classificam-se como fatores socioeconômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais, capazes de influenciar a ocorrência de enfermidades e os seus fatores de risco nas populações (BRASIL, 2008b).

Diversos modelos para estudar os DSS foram propostos ao longo da história e a trama de relações entre os vários fatores examinados através desses diversos enfoques. Adotado pela CNDSS, o modelo de Dahlgren e Whitehead (2008b) inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais, até uma camada distal onde se situam os macrodeterminantes.

Na proposta de Dahlgren e Whitehead ilustrada na figura 1, os indivíduos se encontram na base com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos. Na camada imediatamente externa, aparecem o comportamento e os estilos de vida pessoais. A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio em um dado contexto. No próximo nível, encontram-se representados os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso aos serviços essenciais, como saúde e educação. Finalmente, no último nível, estão situados os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade. São estes que possuem uma grande influência sobre as demais camadas (BRASIL, 2008b).

Figura 1 - Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead.



Fonte: BRASIL, (2008b).

Destaca-se aqui neste ponto a contribuição de Nogueira (2010) quando nos explica que para além do conceito epidemiológico de determinantes sociais de saúde como fatores de risco, torna-se indispensável perceber a determinação social da saúde como um conceito mais ampliado e politicamente construído que envolve a “caracterização da saúde e da doença mediante fenômenos que são próprios dos modos de convivência do homem, um ente que trabalha e desfruta da vida compartilhada com os outros, um ente político, na medida em que habita a *polis*”(p. 09).

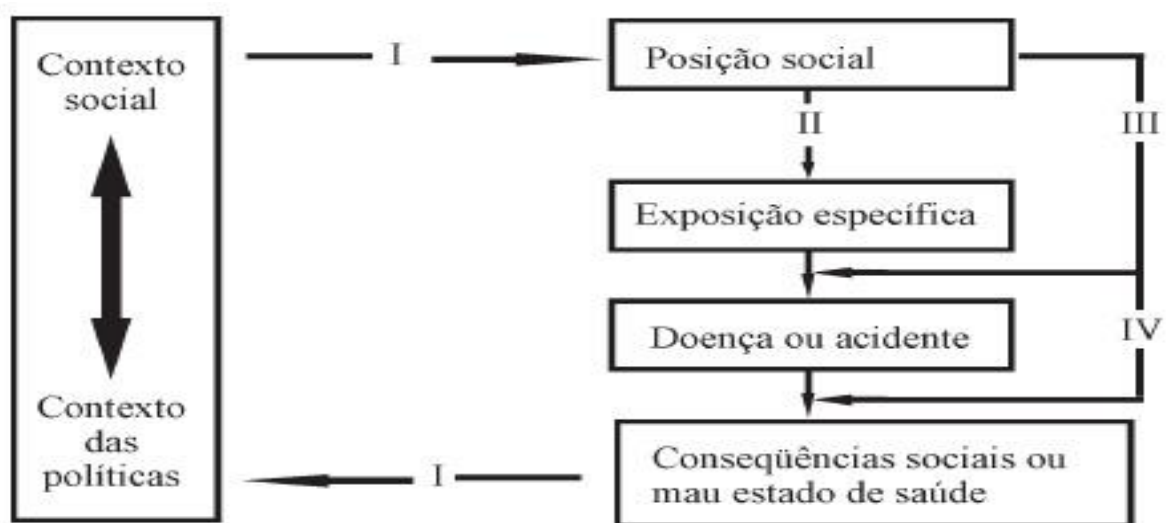
Tal determinação pode ser de natureza inteiramente qualitativa, na medida em que procura caracterizar socialmente a saúde e a doença em sua complexidade histórica concreta. O sucesso desse tipo de investigação não depende necessariamente do uso de métodos estatísticos, mas da capacidade analítica de articular adequadamente uma multiplicidade de determinações que têm por base alguma teoria especificamente social da saúde e, portanto, que seja própria do homem. Parte desse esforço analítico em relação aos estudos de determinação social está dirigida justamente a retomar a contribuição do marxismo para entender fenômenos que são peculiares aos modos de trabalho e de vida da sociedade contemporânea (NOGUEIRA, 2010, p. 09).

Observam Buss & Filho (2007) que os DSS sofrem interferências de uma série de fatores que podem intermediar processos de saúde-doença em diferentes grupos populacionais. Para os pesquisadores, essa relação não parte de uma interpretação simplista de causa/efeito, tais como fatores mais gerais de natureza política, social ou econômica, mas sim, busca conduzir a uma valorização das mediações, por meio das quais, esses aspectos incidem sobre a saúde da população. Assim, o estudo dessa cadeia de mediações permite identificar como e onde devem ser feitas intervenções que possibilitem a redução das iniquidades em saúde.

Outro modelo com ênfase nos determinantes sociais da saúde foi sugerido por Diderichsen e Hallqvist (1998) e adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001), demonstra a estratificação social gerada pelo contexto social das pessoas e que as coloca em posições sociais distintas, promovendo diferenciais de saúde.

Conforme pode ser conferido no diagrama seguinte, vimos que: (I) simboliza a representação do processo segundo o qual cada indivíduo ocupa determinada posição social como resultado de diversos mecanismos sociais como o sistema educacional e o mercado de trabalho. Sendo assim, nota-se que de acordo com a posição social ocupada pelos indivíduos, aparecem diferenciais, como por exemplo, o de exposição a riscos que causam danos à saúde (II); na sequência (III) mostra o diferencial de vulnerabilidade à ocorrência de doença uma vez exposto a estes riscos; e por último (IV) representa o diferencial de consequências sociais ou físicas, uma vez contraída a doença. Por “consequências sociais” entende-se o impacto que a doença pode ter sobre a situação socioeconômica do indivíduo e da sua família (BUSS & FILHO, 2007).

Figura 2 - Modelo de Determinantes Sociais proposto por Diderichsen e Hallqvist.



Fonte: Buss & Filho, (2007).

Antes de dar seguimento sobre os conceitos de determinantes e determinação social da saúde, cabe neste ponto, um parêntese para algumas reflexões tendo em vista a importância da distinção de ambas as terminologias como bases fundamentais para o estudo do universo populacional aqui investigado.

Em 1986, a OMS classificou os Determinantes Sociais como condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Uma década adiante, Tarlov (1996) sintetizou-os como características sociais onde as pessoas vivem. Ao considerar o uso dos DSS como

possibilidade de intervenção e prevenção, Nancy Krieger (2001) sugeriu a utilização de instrumentos de intervenção que mitigassem os efeitos gerados sobre a saúde das pessoas, levando-se em conta a influência desses determinantes.

Em 2008, a OMS divulgou informe sobre o tema. Neste período, sob a sua chancela, nos países filiados à entidade internacional, o termo se tornou “oficialmente” vulgarizado e nitidamente desprovido do peso teórico e político que havia assumido nas décadas de 1970 e 1980, conforme nos explica Nogueira (2010).

O autor chama atenção para o fato de que a “vulgarização” do modelo dos DSS se deu em razão da relativização da doença apenas sob a ótica de evento clínico-biológico, enquanto as suas causas foram consideradas fatores sociais isolados sem que, portanto, fossem também fundamentadas no interior de qualquer teoria da sociedade.

Ao contrário dos esforços de investigação empreendidos pela epidemiologia social das décadas de 1970 e 1980, os estudos atuais dos Determinantes Sociais, limitam-se a identificar correlações entre variáveis sociais e eventos de morbimortalidade entre diferentes grupos sociais, “assim, o que está disfarçado por trás do rótulo de Determinantes Sociais e de combate às iniquidades em saúde, é o triunfo esmagador da visão de mundo da epidemiologia tradicional” (NOGUEIRA, 2010, p. 08).

O autor reforça que a saúde é um fenômeno eminentemente humano e não um fato biológico-natural. Defende também o ponto de vista de que o esforço em compreender a determinação da saúde vai muito além do emprego de esquemas de causalidade que não devem ser confundidos com uma associação empiricista entre condições de saúde e fatores sociais. Sugere, portanto, que por essa razão, no lugar de determinantes, seja utilizada a expressão ‘determinação’, termo que apresenta uma longa e respeitada tradição na filosofia.

Na concepção de Tavares (2016) uma perspectiva mais global assevera a necessidade de superar a dualidade entre natural e social, por meio da integração do conhecimento científico-natural e do conhecimento científico-social. Sob essa ótica, Berlinguer, (1988, p. 13) defende que o binômio saúde-doença se desenvolve nas sociedades de forma desigual, variando diante dos distintos padrões culturais a partir do ponto de vista histórico: “[...] a saúde e a doença são, porém distribuídas desigualmente entre indivíduos, as classes e os povos”.

Nessa mesma linha, autores como Taylor *et al.*, (1987) apontam para a ocorrência da influência exercida pelos universos social e cultural e sobre a adoção de comportamentos de prevenção ou de risco, bem como sobre a utilização dos serviços de saúde.

A ideia de que o processo de saúde/adoecimento se correlaciona apenas à condição física do corpo humano e aos seus fatores intrínsecos estaria, de acordo com Tavares (2016), equivocadamente e amplamente arraigada em parcela significativa da sociedade, em comunidades científicas e entre alguns profissionais que atuam no campo da saúde. Para o autor, esse pressuposto carece de uma nova visão, pois ignora os contextos sociais onde se dão e a influência da carência das condições materiais e culturais em que vivem determinados grupos de indivíduos; as suas percepções e as práticas resultantes das suas experiências sociais, bem como as relações sociais específicas que estabelecem. Conclui que esse reducionismo da saúde ao biológico e ao individual teria sido “[...] fortemente influenciado desde o século XIX pelo modelo médico dominante nas organizações de prestação de cuidados em saúde” (p. 16).

A atribuição de fatores causais a um dado fenômeno é apenas uma entre múltiplas maneiras possíveis de como um estudo pode determinar um dado fenômeno, no sentido de caracterizá-lo de maneira concreta. Coadunamos com os postulados de Nogueira (2010) para o construto do arcabouço teórico desta tese quando o autor afirma que os estudos de determinação social da saúde devem envolver a caracterização da saúde e da doença mediante aos “fenômenos que são próprios dos modos de convivência do homem” (p. 08).

Neste contexto, concebemos o conceito de saúde para além de uma perspectiva biológica. Buscamos direcionar o nosso olhar à vivência do indivíduo e do grupo populacional pesquisado em sociedade, do acesso da PSR às redes socioeconômicas e serviços essenciais, tendo em vista que tais fatores influenciam fortemente esse processo (ROCHA; DAVID, 2015).

Portanto, para conseguir atender os inúmeros aspectos relacionados às necessidades individuais e coletivas da PSR, exige-se a adoção de um conceito de saúde mais ampliado, que ultrapasse a dimensão biológica e possibilite a construção de estratégias e redes de saúde capazes de intervir nos problemas e nos determinantes relativos ao processo saúde e doença com maior amplitude (PAIVA *ET AL.*, 2016).

Chamam atenção Travassos & Castro (2012) para o fato de que disponibilidade de serviços e a sua organização geográfica podem reduzir ou ampliar as dificuldades de acesso aos serviços de saúde por seus demandantes. Defendem que as modificações estruturantes e de financiamento do sistema de saúde podem agir diretamente modificando as desigualdades sociais no seu acesso. No seu uso, todavia, isoladamente, não seriam capazes de mudar as desigualdades sociais nas condições de saúde entre grupos sociais distintos. Tal afirmativa se

deve ao fato de que “[...] as condições de saúde são preponderantemente influenciadas por fatores que afetam diretamente os grupos sociais tais como pobreza, exclusão social, estresse, desemprego, condições de moradia e trabalho, redes sociais, entre outros” (2012 p. 184).

Para compreender o referencial das desigualdades sociais em saúde, Almeida Filho (2011, p. 103) defende que se deve levar em conta a “[...] vulnerabilidade social como um dos seus focos, agregando categorias correlatas, definidas de acordo com o plano de realidade considerado, como por exemplo, fragilidade, vulnerabilidade, suscetibilidade, debilidade”.

Sabidamente, pessoas portadoras de rendas mais elevadas, de maior escolaridade, residentes nas melhores áreas urbanas que podem pagar por planos de saúde e que habitam as regiões mais desenvolvidas do país, são as que mais procuram e utilizam os serviços de saúde quando deles necessitam. Pertencem a um grupo social que busca por serviços de prevenção e realização de exames de rotina, em contraponto aos cidadãos mais pobres, que procuram pelos serviços de saúde já por motivos de adoecimento agudo, conforme explicam Néri & Soares (2002).

Silva *et al.*, (2018) ensinam que as desigualdades em saúde se referem a quaisquer diferenças observáveis entre subgrupos (de nível econômico, escolaridade, local de residência, sexo, entre outras) dentro de uma população. Por sua vez, iniquidades são diferenças (ou desigualdades) consideradas injustas a partir de um juízo de valor. Deste modo, tem-se que:

Quanto maior for a desigualdade social de um país, maior será a repercussão na qualidade de vida e, conseqüentemente, de saúde, da sociedade de uma forma geral e do indivíduo e sua família em particular. O empobrecimento populacional brasileiro exerce influências significativas na qualidade de saúde dos indivíduos uma vez que, a saúde individual não se limita às suas dimensões biológicas e psicológicas; ao contrário, está diretamente relacionada com as condições de vida dos seres humanos e sofre influência das políticas sociais e econômicas adotadas pelos países (ROSA; CAVICCHIOLI; BRÊTAS, 2005, p. 579).

Não obstante, para Almeida Filho (2011) o fenômeno saúde-doença pode ser observado como processo social, mediante a concepção de encadeamentos complexos, fragmentados, orgânicos, corporais, conflitantes, dependentes e incertos.

O modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (2008) nos auxilia a refletir que as rupturas familiares, sociais e afetivas constituem parte do processo de exclusão dos indivíduos em situação de rua. Diante dessa perspectiva, a desumanização caracterizada pelo estigma que marca o grupo, pela violência e pela segregação, exige dessas pessoas a elaboração de estratégias de sobrevivência, a fim de que consigam ressignificar as suas relações sociais e as suas necessidades de sobrevivência, nelas compreendidas, a busca por cuidados de saúde.

Ainda no que diz respeito ao processo saúde-doença e a produção de cuidado integral em saúde direcionada à PSR, vale considerar a incorporação dos condicionantes e dos determinantes sociais de saúde aos fatores intrínsecos e biológicos dos indivíduos, bem como a subjetividade dos sujeitos (TRINO; RODRIGUES; JUNIOR, 2012).

Torna-se igualmente importante, observar fatores sociais tais como: o rompimento com a família, situações de violência doméstica, sexual e moral, tendo em vista que tais elementos prevalecem entre as causas mais comuns para os que encontram na rua a sua última opção de morada, é o que afirmam Canônico *et al.* (2007).

Logo, reconhecer a singularidade desse sujeito e o lugar ocupado por ele na sociedade, torna-se inerente ao processo de realização do diagnóstico e do plano de cuidados a ser oferecido a este usuário, de modo a lhe garantir um acolhimento humanizado (TRINO; RODRIGUES; JUNIOR, 2012). Lembrando que acolhimento de acordo com o Ministério da Saúde (2008)¹⁴ se trata de:

[...] uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (2008, p. 01).

Entretanto, ressaltam Farias *et. al* (2016) que além dos princípios da equidade e da universalidade regidos pelo SUS e válido em todo o território nacional, apesar da criação de leis e decretos que visam a garantia desses direitos de modo igualitário, 18% das pessoas em situação de rua entrevistadas pela Pesquisa Nacional de 2008 afirmaram ter recebido exigência de comprovação de residência por meio do Sistema Cartão Nacional de Saúde, cadastro que exige dos usuários a comprovação de moradia¹⁵.

Tais situações têm estreita relação com a principal porta de entrada do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS)¹⁶, local que de acordo com Starfield (2002) deve ser definido como o nível de um sistema de saúde a partir do qual, prioritariamente, deverá ocorrer a entrada dos indivíduos para os demais níveis e para todas as novas demandas fornecendo atenção com

¹⁴ Fonte: Política Nacional de Humanização, Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>. Acessado em: 01/09/2018.

¹⁵ De acordo com os mesmos autores (*ibid*) a Portaria nº 940/2011¹⁵, art. 23, §1, do Ministério da Saúde, define que a solicitação do endereço de domicílio permanente do usuário é a regra, **à exceção dos ciganos nômades e das pessoas em situação de rua**. Esta portaria é um bom exemplo da possibilidade de se relativizar as regras, em razão das especificidades das necessidades da PSR.

¹⁶ Deve ser o local preferencial de entrada dos indivíduos ao demandarem por serviços de assistência à saúde no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS), funcionando como a “porta de entrada” de maneira a facilitar o acesso dos seus usuários a todos os níveis de complexidade que compõem o SUS, garantindo principalmente o acesso das populações mais vulneráveis (GIOVANELLA, *ET AL.*, 2009).

ênfase na pessoa e não na enfermidade.

Mas afinal, o que vem a ser saúde? Na acepção de Almeida Filho (2011), a terminologia deve ser empregada como ideia de um problema que possui bases analíticas, apoiadas simultaneamente sobre bases filosóficas, científicas, tecnológicas, políticas e ainda sobre o campo prático. O termo saúde remete a ideia de condições de vida dos sujeitos, diante de uma múltipla e complexa realidade que pode obedecer à métrica dos conceitos, da empiria ou ainda à análise metodológica.

Devido às questões impostas pelas prioridades de sobrevivência, assim como saúde, a doença pode ter diferentes significados para os que estão em desabrigo, podendo ser compreendida até mesmo a contar do impedimento da realização de tarefas que promovam seus ganhos financeiros. São comuns casos extremos de enfraquecimento, mediante os quais, o corpo não consegue mais resistir, sucumbindo, por fim, a um estado de debilidade impeditivo de lutar pela sobrevivência. Segundo Aguiar & Iriart (2012) estes seriam alguns dos elementos capazes de explicar por que a maioria das pessoas em situação de rua procura pelos serviços assistenciais de saúde apenas em situações emergenciais.

Corroboram Frias *et al.*, (2016) que a maioria das pessoas que se encontra em situação de rua raramente busca preventivamente os serviços de saúde. Recorre-se à rede ambulatorial e hospitalar somente em casos emergenciais e os motivos para a procura desses equipamentos, geralmente são: dor, febre e acidentes/ferimentos, além disso, muitos ainda só se submetem a estes serviços quando são conduzidos por cidadãos comuns, serviços de resgate ou por meio de instituições de assistência da rede informal.

Assim sendo (*ibid.*), a PSR concebe saúde como a sua capacidade de resistir ao cotidiano de dificuldades onde a saúde estaria associada a “[...] capacidade de resistir ao cotidiano de dificuldades, enquanto a doença vinculou-se ao estado de debilidade impeditivo de lutar pela sobrevivência” (p. 121).

Continuam argumentando Aguiar & Iriart (2012) que entre as justificativas da PSR para não recorrerem com frequência aos serviços preventivos de saúde configuram-se situações ligadas aos obstáculos ligados ao desvio do tempo de trabalho/sobrevivência, à dificuldade em dar continuidade ao tratamento vivendo nas ruas, ao preconceito e, por último, à falta de documentos pessoais equivocadamente ainda solicitados nas instituições públicas.

Com relação aos fenômenos que envolvem os processos relacionados à saúde e a doença das coletividades, acredita-se que sejam [...] “complexos, fragmentados, orgânicos, corporais, conflitantes, dependentes e incertos, então, precisamos gerar dispositivos

interpretativos mais adequados para referenciar, com o devido rigor, os objetos de pesquisa científica em saúde” (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 13). Admitindo ainda que podem estar diretamente ligados às mudanças históricas e sociais e que, portanto, devem ser observados contemplando tais mudanças, dando-lhes o devido valor.

O fenômeno da doença traz, desse modo, muitas definições e poucas certezas que gera inúmeras contradições. No entanto, explica Berlinguer (1988) que quando se trata da espécie humana, ao longo do tempo, estariam interligados três componentes:

[...] a) um fato objetivo, corporal, isto é, uma alteração de algum órgão, aparelho, sistema ou função, mais ou menos demonstrável; b) um maior ou menor conhecimento do mal; c) uma ideia e uma medida, derivadas do conhecimento, dos prejuízos, dos interesses da época; e, portanto, um juízo de valor, uma interpretação ética, além da científica, que vale como guia de ação (BERLINGUER, 1988, p. 20).

Para Almeida Filho (2011) os modelos teóricos que buscam explicar as questões ligadas à saúde e ao adoecimento devem, sobretudo, considerar as desigualdades sociais interferindo diretamente neste processo, indo além da casualidade dos processos patológicos que consideram apenas as questões biológicas individuais. Para o autor, diante da sua natureza complexa, o objeto da pesquisa em saúde carece apoiar-se sobre abordagens que considerem a multiplicidade de fatores relativos à vida, ao sofrimento e a aflição, além de, apontar para questões relativas à dor, ao sofrimento e à morte como processos inerentes aos agregados humanos históricos.

O modelo da História Nacional da Doença (HND) se tornou uma das principais referências para explicar o processo de saúde-doença. De acordo com essa teoria, a ocorrência de doença partiria de variáveis dependentes intrínsecas e extrínsecas ao hospedeiro, mutuamente exclusivas, consecutivas e complementares. Isso significa afirmar que no meio externo estariam os representantes compreendidos pelos fatores de natureza física, biológica e sociopolítico-cultural, ao passo que no meio interno, estariam a ocorrer de forma progressiva, as modificações bioquímicas, fisiológicas e histológicas da enfermidade, além da ação conjunta de fatores hereditários ou congênitos e de ordem imunológica, constituindo-se dessa forma no lócus da doença. Neste sentido, sob a interpretação de Almeida Filho (2011), o modelo da HND pode ser considerado como uma evolução se comparado ao modelo biomédico clássico, tendo em vista que considera no processo saúde-doença elementos decorrentes de múltiplas e complexas determinações e sendo capaz de oferecer, portanto, métodos também distintos de prevenção e de controle na disseminação das enfermidades.

Tem-se que as bases do modelo biomédico surgiram a partir do século XVII, seguiram

se aprimorando na contemporaneidade e estabeleceram-se conforme esclarece Capra (2006) como uma forma de assistência que valoriza fortemente o mercado e não a saúde das coletividades. Fortemente caracterizado pelo reducionismo da saúde ao mecanicismo (reduz o corpo a um funcionamento mecânico) e ao biologicismo (restrição da doença e da sua cura somente ao campo biológico), sem levar em conta o contexto social no qual se insere o indivíduo. Nessa lógica, ocorre uma espécie de deficiência diante da qual se compartimentaliza a pessoa e perde de vista a integralidade do ser humano. Tal dinâmica, de acordo com o autor, produz uma espécie de incapacidade em ocupar-se do fenômeno da cura, sendo esta talvez, a mais importante deficiência do modelo em destaque.

Diante do pensamento exclusivamente biológico sobre o adoecimento, conforme Santos & Westphal (1999) derivaria a noção conceitual de saúde equivocadamente como meramente ausência de doença, mediante a qual:

[...] o corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo (CAPRA, 2006, p. 116).

Autores como Costa *et al.*, (2009) também discordam desse paradigma biologicista de saúde-doença no qual prevalecem elementos isolados da dinâmica e dos padrões de vida cotidiana de uma sociedade. Defendem a ideia de que é necessário adotar uma visão holística sobre o indivíduo, sobre o meio onde ele vive e estabelece as suas relações sociais, em detrimento à tecnificação da medicina de base curativa e reabilitadora tendo o hospital, o médico, os medicamentos e os procedimentos como protagonistas dessa ordem.

Como alternativa ao modelo biomédico¹⁷ Mendes (2006) apresenta o modelo chamado de Produção Social da Saúde (PSS), perante o qual, a saúde passa a ser analisada como resultado de um processo de produção social que expressa, em última análise, a qualidade de vida de uma população segundo a compreensão da condição existencial humana no que diz respeito aos seus modos individuais ou coletivos de viver.

Desse modo, considera-se que o conceito de saúde seja inseparável das condições concretas de vida das pessoas e, na medida em que as experiências sejam singulares, soaria equivocada a hipótese de definir saúde somente dentro de uma concepção científica e

¹⁷“O Modelo Biomédico tem se caracterizado pela explicação unicausal da doença, pelo biologicismo, fragmentação, mecanicismo, nosocentrismo, recuperação e reabilitação, tecnicismo, especialização” (CUTOLO, 2016, p. 16).

sistematizada, privilegiando somente os limites orgânicos produzidos pela ciência básica e pelos valores estatísticos do que seria considerado “normal” (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Ou seja, em outras palavras, pode-se afirmar que os determinantes da saúde podem ser biológicos ou socioculturais; sendo nas palavras de Almeida Filho (2011, p. 48) que “[...] os determinantes biológicos em geral se classificam como genéticos ou ambientais. Os determinantes socioculturais podem ser econômicos, sociais propriamente ditos, culturais e psicológicos”. Para o autor, a saúde e a doença estariam relacionadas a uma diversidade de variáveis internas ou externas aos indivíduos, desde os biológicos até os socioculturais, passando também pelos psicológicos.

Embora, como já debatido anteriormente, não sejam os únicos elementos responsáveis pelo processo de adoecimento e pelo débil acesso aos serviços de saúde nas camadas socioeconomicamente mais desprotegidas, as “desigualdades econômicas ou iniquidades sociais constituem importante fator de risco para a maioria das doenças conhecidas” (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 48), contribuindo para a elevação da incidência de enfermidades.

Nogueira (2010) recomenda a avaliação do acesso a serviços de saúde também com base na observação das iatrogenias médicas, ou seja, ele defende que a prática da medicina, reconhecidamente, atua como ‘determinante’ de inúmeras enfermidades e danos à saúde.

Baseando-se em dados do IBGE divulgados em 2010 concluiu-se que o fator mais importante na utilização de serviços de saúde estaria relacionado à necessidade observada em grupos sociais menos privilegiados e, portanto, com menor probabilidade de utilização destes serviços demonstrando claramente uma indiscutível situação de iniquidade de acesso¹⁸. E é exatamente a partir da observação do modo de vida da PSR e da compreensão do território e da territorialidade, que se pretendeu investigar as reais condições de saúde e de acesso aos serviços públicos no âmbito local pelo grupo social em relevo.

A ideia defendida por Rousseau de que a sociedade se deteriora na medida em que evolui e se complexifica, transformando a natureza do homem, balizada por uma estrutura política e econômica que “legaliza” esse processo, aplica-se bem à condição de “banalização” observada acerca do fenômeno da PSR e da pobreza urbana na contemporaneidade. Há uma multiplicidade de obstáculos que envolvem a compreensão sobre o fenômeno da realização o

¹⁸ Neste estudo, o termo “acesso” será empregado como sinônimo de acessibilidade, e buscará indicar o grau de facilidade ou dificuldade com o qual as pessoas conseguem obter cuidados de saúde.

que, por consequência, interfere na busca por uma agenda intersetorial verdadeiramente capaz de atender às suas necessidades.

Conforme já mencionado anteriormente, dadas as dificuldades da busca diária pela sobrevivência e diante das barreiras que lhes são apresentadas no acesso à rede de saúde, quase sempre a PSR recorre aos atendimentos de emergência quando a sua saúde já se encontra muito debilitada. Tais fatores apontam para o fato que conceber saúde e perceber-se enfermo no espaço da rua, demanda necessidades e valores simbólicos distintos dos que estão socioeconomicamente inseridos, possuem vínculos familiares fortalecidos e teto.

Os primeiros esforços na construção desta tese, buscaram trazer elementos que pudessem subsidiar algum entendimento sobre o complexo universo da PSR. Para tanto, tratou-se de contextualizar, inicialmente, das questões socioeconômicas e culturais, além de aspectos relacionados à saúde-doença-cuidado e da aproximação local com o modelo organizacional de assistência em saúde proposto pelo SUS.

Deste modo, buscou-se ter algum substrato para que no capítulo seguinte pudesse lançar mão do caminho metodológico desenhado para o alcance da proposta com a qual a pesquisa se compromete.

CAPÍTULO II

O *LÓCUS* E O PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

A sociedade funciona e é preciso que, enquanto cientistas sociais, conheçamos as suas especificidades, seus mecanismos de sustentação e de mudança. É este o nosso papel, através das ferramentas metodológicas que compõem o espectro do método científico, procurando adequá-las às nossas preocupações e problematizações teóricas (Teresa Maria Frota Haguette, 2000).

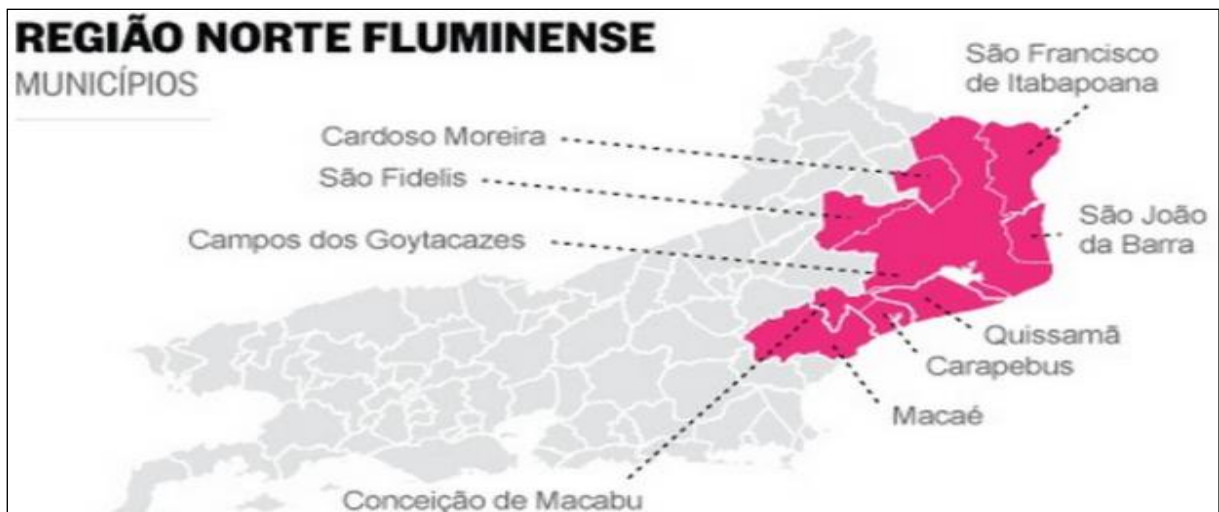
2.1 O campo de pesquisa: a cidade sob perspectiva

A investigação se apresenta tendo como objetivo principal observar o acesso da PSR à rede pública de saúde no município de Campos dos Goytacazes/RJ a fim de verificar a ocorrência de possíveis iniquidades neste percurso. Antes de nos aprofundarmos no tema em relevo, serão feitos breves apontamentos sobre o perfil da cidade em questão, de modo a distinguir o *locus* investigado a partir das suas características principais.

De acordo com informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁹ a população estimada no município de Campos dos Goytacazes/RJ em 2020 era de 511.168 pessoas (o maior da região Norte Fluminense). Um crescimento de 10,2% se comparado com o Censo de 2010 que declarou uma população de 463.731 pessoas, a sétima maior do estado à época. A figura a seguir traz o mapa que situa Campos dentro do estado do Rio de Janeiro e da região Norte Fluminense.

¹⁹ Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj/campos-dos-goytacazes.html>. Acessado em: 11/08/2021.

Figura 3 - Localização de Campos dos Goytacazes no Norte do estado do Rio de Janeiro.



Fonte: Jornal O Globo²⁰.

Quanto aos dados econômicos, a cidade alcançou em 2018 o maior Produto Interno Bruto (PIB) a preços correntes da região e o maior PIB valor adicionado bruto, além de atingir em janeiro de 2021 o maior estoque de empregos formais²¹. Tais informações contrastam com uma realidade desigual dominante no município, não muito distinta de um conjunto de outras cidades com o mesmo perfil.

A partir de informações divulgadas pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Humano e Social (SMDHS) em 2016, o número de moradores em situação de rua em Campos dos Goytacazes/RJ cresceu cerca de (30%) com relação ao mesmo período se comparado com 2015, atingindo 122 pessoas ao final de agosto de 2016²². No período compreendido entre 07 e 30 de maio de 2019, a SMDHS em parceria com o Centro Pop²³, desenvolveu outro

²⁰ Fonte: O Globo. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/politica/norte-fluminense-fronteiras-de-uma-regiao-que-vive-entre-pobreza-a-prosperidade-13932124>. Acessado em: 27/01/2022.

²¹ Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) e Novo Cadastro de Empregados e Desempregados (Novo CAGED/ME) – Campos dos Goytacazesq. Disponível em: <http://www.rj.gov.br/Uploads/Noticias/1421009%20Munic%C3%ADpio%20de%20Campos%20dos%20Goytacazes.pdf>. Acessado em: 11/08/2021.

²² G1 Norte Fluminense em 19/08/2016. População de rua tem aumento de cerca de 30% em Campos, no RJ. Disponível em: <http://g1.globo.com/rj/norte-fluminense/noticia/2016/08/populacao-de-rua-tem-aumento-de-cerca-de-30-em-campos-no-rj.html>. Acessado em 20 de novembro de 2017.

²³ “O Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) previsto no Decreto nº 7.053/2009 e na Tipificação nacional de Serviços Socioassistenciais, constitui-se em unidade de referência da PSE de Média Complexidade, de natureza pública e estatal [...] O Centro Pop representa espaço de referência para o convívio grupal, social e para o desenvolvimento de relações de solidariedade, afetividade e respeito. Na atenção ofertada no Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, devem-se proporcionar vivências para o alcance da autonomia, estimulando, além disso, a organização, a mobilização e a participação social. Fonte: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/suas/creas/centro_pop_institucional.pdf. Acessado em: 14/08/2019.

levantamento²⁴ contabilizando 131 pessoas vivendo em situação de rua na cidade.

Segundo Silva & Silva (2017), quanto aos equipamentos socioassistenciais vinculados à SMDHS que atendem às demandas da população em destaque, o município dispunha, em 2021 de cinco unidades: (1) Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua (Centro Pop) - porta de entrada e regulador de vagas aos demais níveis do sistema socioassistencial direcionados ao acolhimento temporário da PSR; (2) Abrigo Lar Cidadão; (3) Casa de Passagem; (4) Albergue Francisco de Assis e, por fim, com a chegada da Pandemia de Covid-19 o município inaugurou um quinto local denominado (5) Manoel Cartucho.

Quanto aos hospitais gerais disponíveis no território municipal, Medeiros (2018) descreve a existência de 12 unidades, listadas no quadro seguinte e descritos segundo as suas respectivas fontes mantenedoras.

Quadro 1 - Hospitais Gerais de Campos dos Goytacazes/RJ.

INSTITUIÇÕES	MANTENEDORES
Clínica Cirúrgica e Maternidade Lilia Neves	Sociedade empresarial mista
Hospital dos Plantadores de Cana	Associação Privada
Hospital Dr. Beda	Sociedade Empresarial limitada
Hospital Escola Álvaro Alvim	Fundação Privada
Hospital Ferreira Machado (HFM)	Fundação Municipal de Saúde
Hospital Geral de Guarus (HGG)	Fundação Municipal de Saúde
Hospital Unimed	Cooperativa
Oncobeda II	Sociedade Empresarial Limitada
Prontocardio	Sociedade Empresarial Limitada
Santa Casa De Misericórdia de Campos	Associação Privada
Hospital São José	Fundação Municipal de Saúde
Hospital de Santo Eduardo	Fundação Municipal de Saúde

Fonte: Organização da autora, com base nas informações do site CNES/BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE²⁵.

Ainda de acordo com Medeiros (2018), conforme demonstrado no quadro 1, além dos dois Hospitais Gerais públicos (HGG e HFM) e da rede terciária privada conveniada ao SUS, podem ser observadas, a seguir no quadro 2, algumas unidades que compõem a Rede Assistencial de Saúde (RAS) do município, entre elas: serviços especializados, de Atenção Básica e da Média Complexidade, elencadas aqui por serem observadas com maior condição

²⁴ Fonte: Relatório da pesquisa realizada pelos profissionais do Centro Pop vinculados à SMDHS da prefeitura de Campos/RJ, fornecido à pesquisa pelo coordenador do equipamento (Centro Pop) à época do levantamento. Cumpre destacar que os dados foram divulgados oficialmente em reunião do Ciamp-Rua ocorrida na data de 23/08/2019 no auditório da sede administrativa da prefeitura de Campos na qual estiveram presentes pessoas em situação de rua, profissionais da rede socioassistencial e da rede municipal da saúde, além de professores universitários e demais pesquisadores da temática em questão. Entretanto, não houve a divulgação do documento nos meios oficiais de comunicação da prefeitura.

²⁵Fonte: Brasil Ministério da Saúde. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=02&VListar=1&VEstado=33&VMun=330100&VSubUni=&VComp=. Acessado em 07/01/2017.

de acesso à PSR, tendo em vista as suas singularidades e as suas características de movimentação pelo território

Quadro 2 – Unidades da rede assistencial de saúde pública de Campos dos Goytacazes/RJ com maior condição de acesso à PSR.

INSTITUIÇÕES	DESCRIÇÃO
Unidades Pré-Hospitalares	São José, Travessão, Ururaí, Farol de São Thomé e Santo Eduardo.
Postos de Urgência 24 horas	Saldanha Marinho, Guarus e Psiquiátrico.
Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	Quatro Unidades, incluindo Unidade infantil e Álcool e Drogas (CAPSi e CAPS AD).
Centro de Referência de Tuberculose e Hanseníase	Uma Unidade (cada).
Equipes de Saúde da Família	26 Unidades em funcionamento.
Serviço Atendimento Especializado para Infecções sexualmente transmissíveis/AIDS	Uma Unidade.
Centro de Referência de Tratamento da Mulher	Uma Unidade.

Fonte: Organização da autora com base nas informações de Medeiros (2018, p. 74 -75) e Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes/RJ.

Encerradas as primeiras aproximações acerca do perfil sociodemográfico, econômico e da rede de saúde da cidade estudada, na sequência, pormenorizaremos os caminhos metodológicos sobre os quais a pesquisa assentou suas bases investigativas teóricas, empíricas e operacionais no território.

2.2 Aspectos introdutórios do tema, do objeto e do campo.

O caminho metodológico escolhido para viabilizar a investigação e, conseqüentemente, a discussão dos seus resultados, procurou valorizar a observação das relações sociais imbricadas no processo saúde-doença-cuidado na PSR. Deste modo, buscou-se compreender os componentes do grupo diante das suas complexas dinâmicas sociais e territoriais de maneira a correlacionar assistência à saúde ao campo das políticas públicas.

Em termos operacionais para o que se pretende com este trabalho, quanto à sua finalidade, de acordo com Fontelles *et al.*, (2009) se classifica como pesquisa aplicada cujo objetivo é produzir conhecimentos científicos para aplicação prática voltada para a solução de problemas concretos, específicos da vida moderna, além de produzir conhecimento e gerar novos produtos com resultados na melhoria da qualidade de vida. Já quanto à natureza, classificamos esta averiguação como observacional, neste caso, segundo os autores o investigador, atua meramente como expectador de fenômenos, embora possa neste meio tempo, realizar medições, análises e outros procedimentos para coleta de dados.

No que concerne à forma de abordagem, reconhecemos o estudo como qualitativo pois, segundo Fontelles *et al.*, (2009, p. 06), apropria-se para quem busca o “entendimento de

fenômenos complexos específicos, em profundidade, de natureza social e cultural mediante descrições, interpretações e comparações, sem considerar os seus aspectos numéricos em termos de regras matemáticas e estatísticas”.

Ante a sua complexidade de apresentação e da análise dos dados, ainda que possua viés qualitativo, tomamos como base as orientações de Fontenelles *et. al.*, (2006) e a distinguimos como analítica, pois compreendemos que embora seja mais aplicada ao modelo quantitativo, envolve uma avaliação mais aprofundada das informações coletadas em um determinado estudo observacional, necessário ao buscar “explicar o contexto de um fenômeno no âmbito de um grupo, grupos ou população” (p. 06). Sendo assim, de acordo com os autores supracitados, reconhecemos que o modelo de pesquisa aplicado aqui se caracteriza como analítico, uma vez que procura explicar a relação entre a causa e o efeito, pois, realmente, o que diferencia um estudo descritivo de um analítico é a capacidade do estudo analítico de fazer predições para a população de onde a amostra foi retirada.

Quanto aos objetivos, seguimos também, os postulados dos referidos autores e qualificamos a pesquisa como exploratória, já que a investigação se desenvolveu a partir de uma primeira aproximação da pesquisadora com o tema, tornando-a mais familiarizada com os fatos e fenômenos relacionados ao problema a ser estudado. Lançou-se mão da pesquisa explicativa com o objetivo de clarificar os fatores determinantes para a ocorrência do fenômeno, processo ou fato, ou seja, visamos elucidar o “porquê” das coisas, ou seja, na acepção dos autores como uma consequência lógica da pesquisa exploratória.

O trabalho de campo contou com observação prévia e familiarização do universo, seguidos da intermediação de entrevistas por meio de questionários semiestruturados mistos e gravação de áudio após assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido pelos participantes. As imersões no campo proporcionaram o encontro da pesquisadora com o cotidiano dos serviços e seus usuários, propiciou o registro das impressões e percepções que surgiam e que permitiu a construção de um diário de campo que era confeccionado no mesmo dia após o encerramento das atividades. Prática essa que trouxe significativa contribuição para a análise dos dados coletados e das experiências aqui partilhadas.

No que diz respeito ao tempo de desenvolvimento, a presente pesquisa se enquadra como longitudinal. Enfim, ainda utilizando-se dos ensinamentos de Fontelles *et al.*, (2009), tem-se o quadro em seguida que resume o percurso metodológico desenvolvido para a construção deste estudo.

Quadro 3 - Percurso metodológico de consolidação da pesquisa.

Classificação	Tipo de pesquisa
Quanto à finalidade	Pesquisa aplicada
Quanto à natureza	Pesquisa observacional
Quanto à forma de abordagem	Pesquisa qualitativa <ul style="list-style-type: none"> • analítica
Quanto aos objetivos	Pesquisa exploratória
Quanto aos procedimentos técnicos	<ul style="list-style-type: none"> • Análise bibliográfica sobre o tema; • Trabalho de campo com observação prévia e familiarização do universo; • Intermediação de entrevistas por meio de questionários semiestruturados mistos; • Gravação de áudio após assinatura de termo de consentimento pelos participantes; • Confeção de diário de campo logo após o término das atividades.
Quanto ao desenvolvimento no tempo	Longitudinal/Prospectiva

Fonte: Elaboração da autora com base em Fontenelles *et al.*, (2009).

Sobre o conjunto de técnicas e dos instrumentos de coleta de informações utilizados para o desenvolvimento deste estudo, acerca da escolha da técnica de entrevista, salienta Tavares (2016, p. 28) que permite explorar e aprofundar as informações de modo a: “compreender, interpretar, sistematizar, analisar e contextualizar as razões e os significados subjacentes às representações e às práticas dos atores sociais, independentemente da sua expressão e representatividade em termos quantitativos”.

Conforme Haguette (2000), a entrevista pode ser caracterizada como um processo de interação social entre duas pessoas cujo objetivo do entrevistador é a obtenção de informações por parte do entrevistado. Portanto, defende a autora que a entrevista deve ser vista a partir das suas vantagens e desvantagens considerando, para tanto, os seguintes elementos: o entrevistador, o entrevistado, a situação da entrevista e o roteiro de coleta de dados e conclui que a observação destes componentes permite conhecer o que se entende como virtualidades do dado obtido por meio do processo em destaque, ao mesmo tempo em que seja possível arrefecer as possibilidades de desvios utilizando-se de mecanismos de controle.

Ainda nas palavras de Haguette (2000), salienta-se que a expressão *trabalho de campo* passou a incluir recentemente, além do diário de campo²⁶, a entrevista semiestruturada acrescida de todo o caminho metodológico de um estudo composto também por bases empíricas. Como já dito anteriormente, para este caso, o momento decisivo de entrada no campo aconteceu somente após terem sido consideradas as etapas exploratórias e descritivas

²⁶Trata-se de um caderno onde o investigador deverá registrar todas as informações que não venham das entrevistas formais. Constarão registros acerca de conversas informais, comportamentos, festas e cerimoniais, além de gestos ou expressões que assumam relevância para a pesquisa (MINAYO, 2014).

acerca da PSR e do território que visaram a identificação de:

[...] pontos importantes relativos à população em situação de rua nos territórios, no que diz respeito à concentração dessa população em pontos específicos, ao perfil dela em cada uma das regiões identificadas, aos fatores de risco à saúde e fatores de vulnerabilidade nos territórios, às instituições parceiras que atuam com a referida população, às instituições que podem vir a se constituírem como parceiras, aos espaços e fóruns de discussão acerca deste público e/ou questões que atravessam essa temática (MACERATA *ET AL.*, 2012, p. 37).

A exemplo do que ocorre com outras áreas temáticas de especialização da sociologia, para Tavares (2016), em termos gerais, a sociologia da saúde consiste em debruçar-se sobre as dinâmicas sociais construídas pela ação humana visando ao conhecimento da relação entre saúde e sociedade, com ênfase nos processos relativos à saúde e ao adoecimento, englobando simultaneamente as dimensões biológica, psicológica, social e cultural sem, no entanto, descolá-las dos seus diferentes contextos sociais.

Por intermédio do alargamento do campo de estudos sugeridos pelos componentes notabilizados nos mais diversos cenários de vida biológica e social, o contributo da disciplina da Sociologia da Saúde para este objeto de pesquisa reside justamente na possibilidade de análise e de investigação acerca da dimensão social da saúde e da doença. Aqui, neste estudo, diante da complexidade captada no universo da PSR, a pluralidade dos seus componentes e a observação da sua multidimensionalidade.

Acrescente-se que na pesquisa qualitativa, o cientista é ao mesmo tempo o sujeito e o objeto de suas pesquisas cujo desenvolvimento é imprevisível. O conhecimento do pesquisador é parcial e o objetivo da amostra é produzir informações aprofundadas que sejam capazes de produzir novas informações, centrando-se, portanto, na percepção e explicação da dinâmica das relações sociais (DESLAURIERS, 1991).

Aplicada inicialmente em estudos de Antropologia e Sociologia, como contraponto à pesquisa quantitativa dominante, “a pesquisa qualitativa é criticada por seu empirismo, pela subjetividade e pelo envolvimento emocional do pesquisador, todavia, tem alargado seu campo de atuação a áreas como a Psicologia e a Educação” (MINAYO, 2001, p. 14).

Nesta direção, a metodologia que apontou para os rumos de confecção dessa tese primou pela abordagem qualitativa, incorporando a participação e a subjetividade dos agentes envolvidos na avaliação dessa trajetória. O enfoque foi direcionado à observação direta nos campos elegidos, das singularidades e das vivências dos sujeitos pesquisados diante das suas necessidades por cuidados em saúde. Entretanto, antes de descrever de modo mais detalhado o percurso metodológico sobre o qual nos apoiamos, acreditamos oportuno tecer uma

introdução, ainda que despreziosa, a respeito do conceito de pesquisa e da sua ampla capacidade de abordagem sobre o conhecimento em seus diferentes campos de estudo.

Este exercício teórico, nesse instante do capítulo, cumpre o papel de situar a pesquisadora na arena dos estudos empíricos das Ciências Sociais, tendo em vista a sua formação originária na área de saúde. Trata-se de uma espécie de “bússola” que auxiliou o caminho percorrido até aqui.

Sob a compreensão de Tartuce (2006), o conhecimento empírico utilizado, trata-se por ora, daquele que adquirimos no cotidiano por meio das nossas experiências, construído por meio de tentativas e erros num agrupamento de ideias, caracterizado pelo senso comum pela forma espontânea e direta de entendermos.

Dito isso, salienta-se que os conceitos-base sobre metodologia científica classificam-se essencialmente como junção entre método e ciência. Ampliando um pouco mais as definições, Tartuce (2006) defende como método o caminho a ser percorrido visando ao alcance de um determinado objetivo, enquanto a metodologia estaria assentada sobre o conjunto dos estudos, das regras e dos procedimentos estabelecidos para a realização de uma pesquisa científica, que por sua vez, deriva da ciência e dos seus postulados sobre determinado saber ordenando metodicamente conhecimentos prévios.

Ensina Fonseca (2002) que a ciência se apresenta sob numerosas formas de compreensão e que, deste modo, a produção do saber se dá a partir da investigação por meio da utilização de método, e assim o descreve:

[...] conhecimento objetivo, metódico, passível de demonstração e comprovação. O método científico permite a elaboração conceitual da realidade que se deseja verdadeira e impessoal, passível de ser submetida a testes de falseabilidade. Contudo, o conhecimento científico apresenta um caráter provisório, uma vez que pode ser continuamente testado, enriquecido e reformulado (2002, p. 14).

Ainda sobre as definições propostas acerca de método e ciência, explicam Gerhardt e Silveira (2009) que a sabedoria científica surge apoiada na determinação de um objetivo específico de investigação e da explicitação de um método que subsidie essa investigação. As autoras acreditam que uma pesquisa científica só se inicia quando há uma dúvida para a qual se deseja obter uma resposta. Nesta mesma direção, Gil considera pesquisa como um “procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos” (2007, p. 17).

O entendimento de Fonseca (2002) acerca dos métodos adotados em qualquer pesquisa aponta para o que ele classifica como os trajetos a serem percorridos desde a sua

organização e sistematização até a definição dos instrumentos a serem utilizados. Portanto, os caminhos auxiliam na escolha teórica feita pelo pesquisador e na abordagem do seu objeto de estudo, interessando-se pela validade da rota selecionada necessária ao alcance dos objetivos propostos. Quanto ao método, relaciona-se à descrição dos procedimentos e técnicas a serem utilizados neste percurso. Enfim, metodologia não deve ser confundida com o conteúdo (teoria) e nem com os procedimentos (métodos e técnicas).

Sobre a escolha do “melhor método” para uma determinada pesquisa, Minayo & Minayo Gómez (2003, p. 118) defendem que não há uma seleção melhor que outra, pois o “caminho do pensamento será sempre aquele capaz de conduzir o investigador a alcançar as respostas para as suas perguntas”. Deste modo, Minayo (2014) contribui com a decisão da abordagem utilizada neste estudo, ressaltando as problematizações acerca da pesquisa qualitativa nas Ciências Sociais, sobretudo, chamando a atenção para o fato de que as sociedades e os grupos sociais se moldam com o tempo, as regras e as conjunturas a partir de um processo contínuo dinâmico; fatores muito característicos ao universo da PSR.

A pesquisa quantitativa tem as suas raízes fincadas no ideal positivista lógico. Em oposição, tendo em vista a sua subjetividade e por essa razão, como já ressaltado, a pesquisa qualitativa foi o modelo utilizado na condução deste estudo, visando a valorização dos aspectos da realidade e das relações sociais que não poderiam ser quantificadas, deste modo, conforme esclarecem Gerhardt e Silveira (2009, p. 32), priorizou-se as seguintes características qualitativas aplicáveis ao objeto investigado:

[...] objetivação do fenômeno; hierarquização das ações de *descrever*, *compreender*, *explicar*, precisão das relações entre o global e o local em determinado fenômeno; observância das diferenças entre o mundo social e o mundo natural; respeito ao caráter interativo entre os objetivos buscados pelos investigadores, suas orientações teóricas e seus dados empíricos; busca de resultados os mais fidedignos possíveis; oposição ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências.

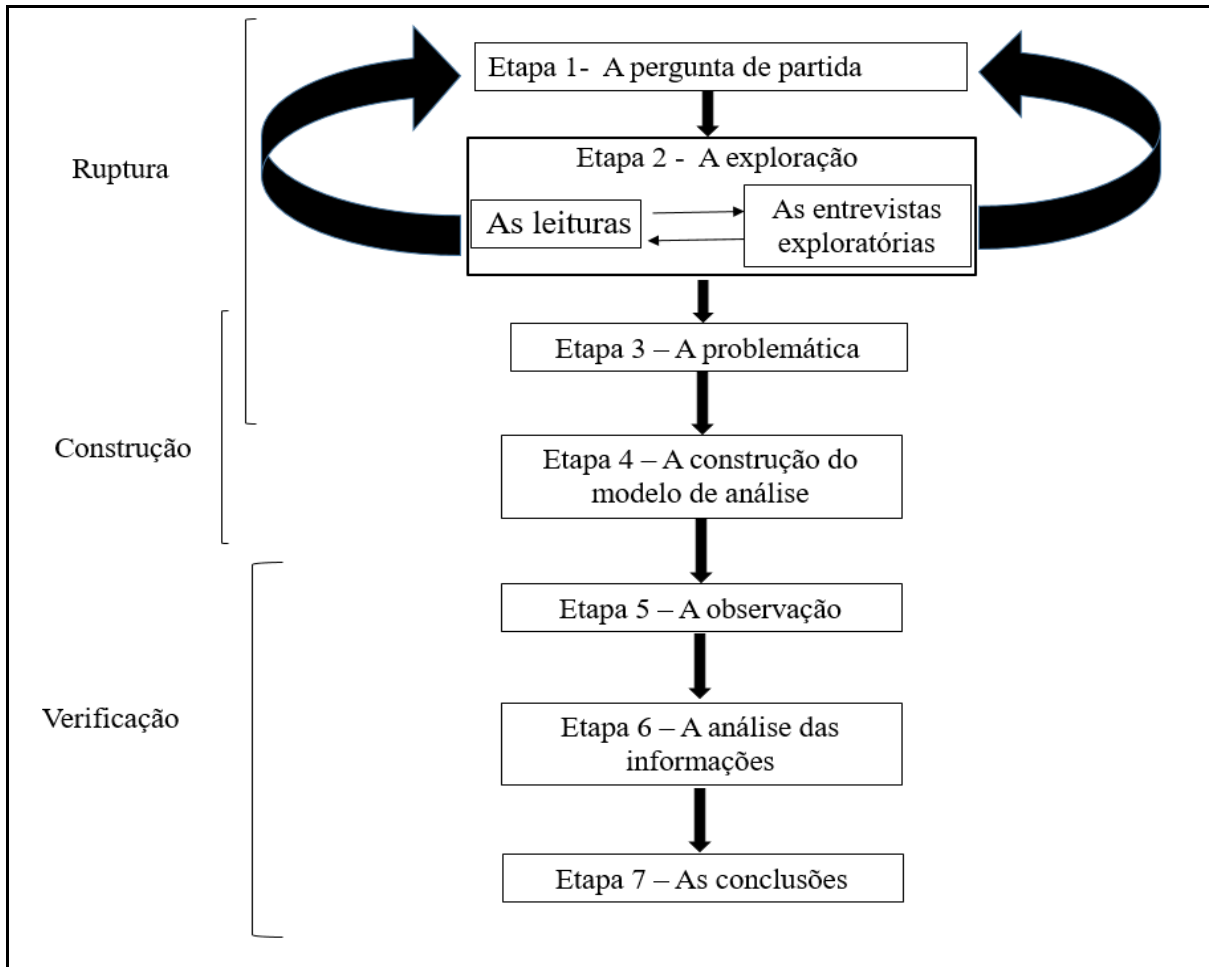
Conforme defende Martins (2004a), a pesquisa qualitativa deve ser compreendida como uma abordagem que valorize primeiramente a análise dos microprocessos por meio de estudos que possam avaliar as relações e as ações sociais nas suas dimensões coletivas ou individuais. Compreendida dessa maneira, a abordagem qualitativa é a base sobre a qual se apoia essa averiguação, cujo objeto central refere-se a uma pesquisa social em saúde que privilegia a observação do fenômeno saúde-doença-cuidado no contexto da PSR com ênfase para as suas representações e com o olhar direcionado aos vários atores que atuam no campo inspecionado.

Assim, a escolha pela abordagem qualitativa deu-se por acreditar nas suas possibilidades de conformar mais adequadamente as “investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e, para análises de discursos e de documentos” (MINAYO, 2014, p. 57).

A observação do fenômeno da PSR, especialmente, no que diz respeito aos aspectos de saúde-adoecimento e às suas trajetórias de acesso ao SUS diante do surgimento da necessidade da busca por cuidados, colocou este estudo em uma trajetória que se desenrolou diante da imprevisibilidade sob a qual o cientista se torna concomitantemente objeto e sujeito. Nessa perspectiva, segundo Deslauriers (1991) o pesquisador deve se valer de diferentes abordagens a fim de que se possam produzir novas informações sobre determinados fenômenos. Em razão disso, conforme defendem Marconi & Lakatos (1996^a), a pesquisa por observação e a construção sistemática do diário de campo desempenharam papel crucial no processo de elaboração, “forçando-nos” um contato mais direto com a realidade investigada.

Portanto, a escolha do método deu-se diante da capacidade de enfatizar as especificidades do fenômeno observado considerando as suas origens e as razões que ocasionaram a sua ocorrência. As potencialidades do método qualitativo utilizadas para o alcance dos objetivos apresentados apoiaram-se também sobre os postulados de Tavares (2016), para quem as possibilidades de exploração e aprofundamento de informações são predominantemente de natureza empírica. A figura seguinte ilustra o trajeto eleito para a confecção do estudo com base na formulação proposta por Quivy & Campenhoudt (1995, p. 05).

Figura 4 - Etapas utilizadas durante a construção do estudo.



Fonte: Elaboração da autora com base em Quivy & Campenhoudt, 1995.

Reforça-se a concepção de Tartuce (2006) quando defende que a ciência é um procedimento metódico cujo objetivo é conhecer, interpretar e intervir na realidade, tendo como diretriz problemas formulados que sustentam regras e ações adequadas à constituição do conhecimento. O autor nos traz alguns conceitos importantes e que nos auxiliam a assimilar a natureza do método científico, de acordo com os quais, “os métodos científicos são as formas mais seguras inventadas pelos homens, para controlar o movimento das coisas que cerceiam um fato e montar formas de compreensão adequada dos fenômenos” (TARTUCE, 2006, p. 12).

Em linhas gerais, objetivou-se com essa exploração gerar conhecimentos direcionados à aplicação prática na resolução de problemas específicos (pesquisa aplicada) e, portanto, no que diz respeito à natureza do método científico considerado como o mais adequado ao seu embasamento e, como maneira mais segura de organizar as formas de compreensão do fenômeno observado, optou-se pelo método hipotético-dedutivo.

De acordo com o seu criador Karl Popper, o método hipotético-dedutivo pode ser explicado por meio do seguinte esquema: problema – hipóteses – dedução de consequências observadas – tentativa de falseamento – corroboração. Neste modelo, a construção parte de um postulado ou conceito como modelo de interpretação do objeto estudado. Esse modelo gera, através de um trabalho lógico, as hipóteses, os conceitos e os indicadores para os quais será necessário buscar correspondentes no real (GERHARDT & SILVEIRA, 2009, p. 54).

Diante das características, poderão ser escolhidas diferentes modalidades de pesquisa, sendo possível aliar o qualitativo ao quantitativo. Entretanto, consideramos como mais apropriado ao desenvolvimento desta investigação a pesquisa etnometodológica conforme explicam (GERHARDT & SILVEIRA, 2009, p. 41).

[...]visa compreender como as pessoas constroem ou reconstroem a sua realidade social. Para a pesquisa etnometodológica, fenômenos sociais não determinam de fora a conduta humana. A conduta humana é o resultado da interação social que se produz continuamente através da sua prática quotidiana. Os seres humanos são capazes de ativamente definir e articular procedimentos, de acordo com as circunstâncias e as situações sociais em que estão implicados.

Deste modo, a pesquisa etnometodológica analisa os procedimentos a que os indivíduos em situação de rua recorrem para concretizar as suas ações diárias (FONSECA, 2002, p. 36).

Concluem Gerhardt & Silveira (2009, p. 41) que para estudar as ações dos sujeitos na vida quotidiana, a pesquisa etnometodológica, baseia-se em uma multiplicidade de instrumentos, entre os quais, podemos citar: a observação direta, a observação participante, entrevistas, estudos de relatórios e documentos administrativos, gravações em vídeo e áudio, destacando-se aqui a utilização de questionários semiestruturados mistos para as entrevistas, a observação do campo e do grupo em destaque, o levantamento bibliográfico e a confecção de diário de campo (GIL, 2007).

Com vistas a descrever as principais características do grupo em análise, a partir da observação e da descrição dos fenômenos relacionados às suas dinâmicas de sobrevivência, além das demais técnicas, a investigação propôs uma análise exploratória minuciosa e explicativa do campo e do objeto estudado pois, acreditamos que a sua utilização favorece o objetivo de “conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema para o qual se procura uma resposta ou, de uma hipótese que se queira comprovar ou ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles” (MARCONI & LAKATOS, 1996, p. 75).

Nos dizeres de Minayo (2014) seja no campo ou durante todas as etapas do estudo, tudo deve ser compreendido como fenômeno social historicamente condicionado: “[...] o

objeto investigado, as pessoas concretas implicadas na atividade, o pesquisador e seu sistema de representações teórico-ideológicas, as técnicas de pesquisa e todo o conjunto de relações interpessoais e de comunicação simbólica” (p. 297). Nas seções seguintes abordaremos as principais questões associadas à proximidade com o campo investigativo.

2.3 A aproximação com o campo da pesquisa

A partir de uma abordagem qualitativa, na pesquisa relacionada à PSR, tem-se como uma definição prévia o fato de que o representativo numérico pesquisado não interfere nos propósitos, afinal, buscou-se um aprofundamento maior e uma compreensão mais clara, acerca do grupo social destacado a partir de um olhar em profundidade a respeito da subjetividade dessas pessoas e não do seu quantitativo.

Para Camargo & Bosi (2011) a pesquisa qualitativa realizada no campo da saúde envolve um conjunto de aspectos teórico-metodológicos que, para além dos modelos tradicionais, valoriza os diferentes pontos de vista dos atores sociais com foco em desfechos “objetiváveis” e na compreensão de processos subjetivos e simbólicos relacionados.

Dito isso, o estudo objetivou priorizar algumas das questões mais importantes que impactam sobre o grupo investigado, lembrando que embora os cenários urbanos sejam distintos e isso mereça ser realçado, via de regra, historicamente, em qualquer lugar a PSR sofre exposição sistemática à violência, dificuldades estruturais de acesso ao trabalho e aos serviços essenciais da rede educacional e de saúde.

Deslocando a direção deste texto para o campo onde a averiguação se desenvolveu, observou-se que, de modo geral, a exemplo da precariedade de acesso às políticas de saúde em outros lugares, o *locus* elegido também perpetuou ao longo dos últimos anos, processos de gestão de serviços públicos que provocaram o desmonte de ações e serviços essenciais na área da saúde, como é o caso da Estratégia de Saúde da Família (ESF)²⁷.

O modelo de reorientação nacionalmente ancorado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) teve a sua desarticulação na cidade iniciada ao final do ano de 2008 quando foram desativadas as suas 52 equipes de Saúde da Família. À época, essas equipes eram responsáveis por uma cobertura populacional de 179.400 municípios. Descreve Medeiros (2018) que foi somente a partir de 2014 que a ESF começou a ser reimplantada, todavia,

²⁷ Definida em 1994 para ser a principal estratégia de fortalecimento e de amplitude do SUS e da APS em todo o território nacional. Surgiu como um modelo estruturalmente universal, democrático e integral, com o objetivo de reorganizar a prática assistencial em saúde sobre novas bases e critérios, em substituição ao modelo meramente ambulatorial vigente (COTTA ET AL., 2013).

contando apenas com o retorno de 11 equipes e uma cobertura populacional reduzida a 37.950 pessoas. Até dezembro de 2020, de acordo com informações oficiais²⁸, somente 16 equipes de Saúde da Família estavam em funcionamento em Campos dos Goytacazes/RJ oferecendo assim, uma cobertura populacional de apenas 10,88%. De acordo com informações da Secretaria de Saúde, atualmente (janeiro de 2022), o município conta com 26 equipes de ESF, número reduzido que dificulta o acesso dos cidadãos aos serviços assistenciais primários de prevenção da rede pública de saúde.

Com o intuito de iniciar a avaliação do acesso à rede pública de saúde por parte da PSR, optou-se pelo ponto de partida do campo a entrada pelo Centro Pop²⁹. Essa “carta de apresentação” foi um elemento crucial pois, além de mitigar as desconfianças, também possibilitou a aproximação e a construção de vínculos. Desse modo, foi possível viabilizar o início da investigação, além de facilitar o trabalho de fortalecimento de vínculos e, por conseguinte, a observação, a coleta de informações junto aos arquivos institucionais, a intermediação das entrevistas junto à PSR e a elaboração de um diário de campo detalhado.

No que diz respeito ao desenho da sua rede socioassistencial, além do Centro Pop, porta de entrada da rede que pela sua natureza se trata de um equipamento tipificado como: serviço de média complexidade, responsável por, basicamente, providenciar orientações para a retirada de documentos, guarda volumes, higiene pessoal, atendimento psicossocial, alimentação e contatos institucionais em todo o território nacional - Campos possui atualmente mais quatro equipamentos responsáveis pelo atendimento à PSR.

Classificados como alta complexidade, existem quatro unidades que oferecem abrigo temporário à PSR, sendo os três primeiros exclusivamente mantidos com recursos municipais e o terceiro de natureza religiosa cofinanciado com recursos oriundos da municipalidade; respectivamente, se encontram assim organizados: Lar Cidadão disponibiliza um total de 20 vagas, distribuídas entre 16 para homens e quatro para mulheres; Casa de Passagem, com 30 vagas disponíveis, sendo 23 para homens e sete para mulheres, além de

²⁸Fonte: Site Oficial do Ministério da Saúde, e-Gestor. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acessado em: 04/12/2020.

²⁹Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop) previsto no Decreto Nº 7.053/2009 e na Tipificação nacional de Serviços Socioassistenciais, constitui-se em unidade de referência da PSE de Média Complexidade, de natureza pública e estatal [...] o Centro POP representa espaço de referência para o convívio grupal, social e para o desenvolvimento de relações de solidariedade, afetividade e respeito. Na atenção ofertada no Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, devem-se proporcionar vivências para o alcance da autonomia, estimulando, além disso, a organização, a mobilização e a participação social. Disponível em: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/suas/creas/centro_pop_institucional.pdf. Acessado em: 14/08/2019.

contar com um espaço destinado ao acolhimento de famílias; Abrigo Manoel Cartucho que por conta da pandemia de Covid-19, desde março de 2020 tem disponibilidade de 50 vagas no total e, por fim; o Abrigo Francisco de Assis, dedicado ao pernoite de até 15 usuários do sexo masculino (Diário de campo).

Merece ser realçado que todos os quatro equipamentos de alta complexidade fornecem vagas para um período de 90-120 dias, todavia, esse prazo pode ser encurtado ou estendido a depender de cada caso, de acordo com avaliação da equipe de técnicos (psicólogos e assistentes sociais).

Considerou-se indispensável como ponto de partida para o campo, alinhar a interlocução entre a observadora e os servidores da rede socioassistencial por meio da apresentação da proposta de investigação aos gestores e componentes das equipes e, por conseguinte, da realização de visitas institucionais.

Tais condições proporcionaram a realização de abordagens com a intermediação das primeiras entrevistas junto à PSR no interior destes espaços institucionais. Seguindo o desenho metodológico proposto, somente após esse primeiro momento e, a partir da análise das informações iniciais coletadas após a transcrição das entrevistas, foi sugerido o modelo de inserção no campo da rede pública de saúde.

Como estratégia de aproximação, foi elaborado um cronograma semanal de visitas institucionais aos equipamentos supramencionados, permanecendo nestes locais em turnos ou durante todo o dia. Foi aplicado tanto com os profissionais como com os usuários a técnica de pesquisa “bola de neve” que consiste num tipo de amostragem não probabilística que se utiliza de cadeias de referência onde não é possível determinar a seleção do próximo participante.

De acordo com Bernard (2005), a técnica trabalhada se apresenta como método de amostragem de rede útil para se estudar populações difíceis de serem acessadas ou estudadas, como é o caso do objeto dessa pesquisa. As dificuldades podem ser observadas nos mais variados tipos de população, em especial, nos três tipos a seguir: as que contêm poucos membros e que estão espalhados por uma grande área; os estigmatizados e reclusos (como a PSR) e os membros de um grupo de elite que não se preocupam com a necessidade de dados do pesquisador.

Num primeiro momento, as entrevistas ocorreram entre os meses de julho de 2019 a março de 2020, sendo agendadas previamente, obedecendo a seguinte sequência: Centro Pop, Lar Cidadão, Casa de Passagem e Abrigo Francisco de Assis. Cumpre destacar que o abrigo

Manoel Cartucho foi inaugurado durante o início do período pandêmico da Covid-19 (março de 2020), instante em que por motivos de segurança sanitária interromperam-se as atividades de campo da pesquisa. Logo, não foram entrevistados na etapa em relevo usuários que se encontravam acolhidos no equipamento assinalado; “provisoriamente” instalado nas antigas instalações do Hospital Manoel Cartucho. Nos demais locais visitados, primeiramente, foram abordados os coordenadores e técnicos e, na sequência, a PSR.

Todos os envolvidos foram maiores de 18 anos e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Vale destacar que somente após oferecer todos esclarecimentos acerca da averiguação e com a devida anuência do participante é que foram apresentadas as perguntas do questionário misto tendo o áudio gravado conforme acordado previamente.

A escolha dos técnicos das unidades, bem como dos indivíduos que frequentavam os equipamentos, como já dito, não seguiu um critério previamente definido por meio de amostras estatísticas exatas e, sim, uma abordagem aleatória na escolha dos entrevistados (técnica bola de neve).

O ponto de partida para o início da intermediação das entrevistas foi o Centro Pop (09 de julho até 19 de dezembro de 2019), a partir da escuta do seu coordenador e depois dos demais profissionais que se disponibilizaram a contribuir com a pesquisa em concomitância com a escuta da PSR.

Os demais equipamentos foram visitados pontualmente após agendamento prévio, com tempos de permanência mais curtos e se encontram assim descritos: Lar Cidadão, duas visitas diurnas (22 de janeiro e 09 março de 2020); Casa de Passagem, uma visita diurna (29 de janeiro de 2020) e duas visitas noturnas ao Abrigo Francisco de Assis (17 de fevereiro e 19 de fevereiro 2020). (Diário de campo).

Durante o primeiro período de realização do campo, observou-se que os locais visitados apresentavam, de modo geral, limitações que iam desde inadequações de espaço físico, de mobiliário, de aparelhos eletroeletrônicos e eletrodomésticos, passando pela carência de recursos humanos e pela rotatividade de pessoal.

A observação quanto às melhores condições de ambiência ficou por conta do Albergue Francisco de Assis, espaço institucional que oferece 15 vagas para homens pernovernarem, conta com sede própria, fundado e mantido por instituição espírita *kardecista*, cofinanciado pela prefeitura. As outras unidades de acolhimento funcionam em imóveis alugados e se encontram em pontos estratégicos da cidade de maneira a facilitar que deslocamento dos

usuários seja caminhando, sem a necessidade de serem percorridas grandes distâncias. (Diário de campo).

Por conta das limitações já mencionadas, os prontuários onde são registrados os atendimentos não são digitalizados, o que dificulta sobremaneira a busca por informações mais detalhadas sobre o perfil das pessoas atendidas³⁰.

No dia 26 de agosto de 2019 a equipe do Centro Pop permitiu o acompanhamento das atividades de abordagem na rua à noite e no abrigo provisório de inverno³¹ providenciado pela prefeitura naquele ano. A equipe saiu do Centro Pop no veículo institucional por volta das 18h em direção à Praça São Salvador no centro da cidade. Cumpre destacar que sem o apoio dos técnicos do Centro Pop seria inviável esse momento em que se deu o primeiro contato com o universo da PSR.

Era uma noite chuvosa de inverno, fazia em torno de 18° C e, com o fechamento do comércio, muitas pessoas em situação de rua já se recolhiam sob as marquises, outras permaneciam em grupos próximos ao chafariz central ou nos bancos da praça. Após a abordagem dos técnicos que ofereciam à PSR oportunidade de acolhimento no abrigo provisório, utilizando um ônibus fretado pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Humano e Social, pude acompanhar juntamente com um vigilante, os técnicos e 32 usuários que seguiram até ao abrigo, local onde foi oferecido o jantar e realizada a admissão dos que optaram em pernoitar por lá naquela noite (Diário de campo).

Foi um momento bastante desafiador, de muita tensão pelo receio de que ocorresse algum conflito no interior do ônibus, fato este que colocaria a vida de todos em risco devido à dificuldade de esvaziamento rápido e seguro do interior do veículo que possuía apenas uma porta dianteira para embarque e desembarque de passageiros. No decorrer da viagem, foi possível ouvir o breve relato da história do Sr. Antônio para quem, assim como em outras inúmeras histórias, tem a desestrutura familiar como parte da sua biografia (Diário de campo).

No entanto, não houve nenhuma situação de perigo evidente, pelo contrário, os passageiros entoaram hinos de louvor e músicas diversas, o momento foi propício para ouvir alguns relatos de vida comoventes sobre as dificuldades de quem vive nas ruas. Lembrando

³⁰ A escolha de um caminho metodológico que privilegiou a observação da dinamicidade da PSR além do fato dos prontuários dos assistidos e as suas informações pessoais não terem sido acessadas, utilizar nomes fictícios na transcrição das entrevistas de servidores/usuários fez com que optássemos por não endereçar a pesquisa ao comitê de ética, por meio da Plataforma Brasil.

³¹ Abrigo criado pela prefeitura durante o inverno de 2019 com capacidade para sessenta vagas para pernoite, utilizando para tanto, provisoriamente, a estrutura do sambódromo municipal. (Centro de Eventos Populares Osório Peixoto - CEPOP). Fonte: Diário de campo.

que, a fim de preservar a verdadeira identidade das pessoas, todos os nomes citados na pesquisa são fictícios.

A pesquisa de campo prosseguiu até a primeira quinzena de março de 2020 quando não foi mais possível em razão da chegada (esperada, porém, não planejada pelas autoridades brasileiras) da pandemia da Covid-19. Desde fevereiro 2020, o Brasil seguiu registrando casos da doença e a partir de março, o Estado do Rio de Janeiro decretou situação de emergência definindo medidas temporárias para prevenir o contágio do vírus, como por exemplo: a suspensão de eventos e atividades com a presença de público, visitas às unidades prisionais e transporte de detentos para realização de audiências, visita a pacientes internados diagnosticados com Covid-19 e aulas na rede pública e privada³².

A recomendação inicial da Organização Mundial de Saúde (OMS) foi o isolamento social e isso incluiu o “ficar em casa” como medida preventiva de contágio, fato que explicita o objeto dessa pesquisa a um paradoxo inexorável que assola a PSR cuja casa é a própria rua.

Quando a primeira parte do campo iniciada em julho de 2019 se encerrou em março de 2020 com a conclusão dos trabalhos investigativos nas cinco unidades da rede socioassistencial conforme já mencionado anteriormente, na tentativa de diminuir os riscos de contágio da Covid-19, optou-se pelo não seguimento da pesquisa de campo nos serviços de saúde da rede municipal até que fosse seguro a sua retomada. Deste modo, compreende-se que houve a interrupção forçada da segunda metade do campo, ocasionando alguns prejuízos analíticos e atrasos no cumprimento do cronograma das atividades previstas. A retomada do campo se deu a partir de agosto de 2021 e será descrita mais adiante.

Tendo em vista a falta materiais e a carência de profissionais, houve muita tensão no setor público local a partir de março de 2020. Momento este em que a administração pública se viu obrigada a fechar algumas unidades básicas de saúde, remanejando seus profissionais para pontos estratégicos de atendimentos, com destaque para as urgências, emergências e unidades de terapia intensiva na tentativa de combater o avanço da pandemia da Covid-19.

Outro fator limitante de acesso à segunda etapa de investigação diz respeito à reestruturação pela qual passou a rede pública de saúde municipal desde março de 2020, haja vista, o fechamento de alguns postos de saúde e o funcionamento limitado dos que permaneceram com as suas portas abertas, contendo fluxos de atendimentos restritos, com capacidades materiais e de pessoal reduzidas por medidas de segurança sanitária.

³² Fonte: SANARMED. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/linha-do-tempo-do-coronavirus-no-brasil>. Acessado em: 02/09/2020.

Diante deste contexto, como enfermeira e servidora pública da rede de Atenção Primária à Saúde e, por compreender os altos riscos da sua permanência sistemática no campo como vinha ocorrendo até então, optou-se pela interrupção temporária das atividades.

Vale lembrar que por questões de idade, comorbidades, entre outras particularidades que afetam a PSR e igualmente profissionais da saúde, muitos servidores foram licenciados a fim de resguardarem a sua integridade física haja vista o aumento do risco de morte em caso de contaminação pelo Coronavírus em ambas circunstâncias. Ressalte-se que com a redução no quadro de profissionais de saúde houve sobrecarga de trabalho por parte daqueles que permaneceram atuando na linha de frente como, por exemplo, o pessoal de apoio, os profissionais da enfermagem e os médicos.

No decorrer desse processo, foi percebido à época, que diante do avanço do novo vírus, os profissionais atuantes nas unidades de saúde da área central da cidade - as mais citadas pela PSR e pelos técnicos dos equipamentos sociais - estavam sobrecarregados e impactados com a elevação dos atendimentos ocasionada pela pandemia da Covid-19. Fato este que, inevitavelmente, poderia ter influências negativas sobre a coleta dos dados e sobre a qualidade das informações utilizadas.

A pandemia veio reafirmar que, de fato, as condições de saúde de uma dada população se relacionam fortemente com os seus padrões de desigualdade, representando maior risco de adoecimento e de morte aos grupos menos privilegiados socioeconomicamente. A disseminação do vírus é muito rápida, sendo indistinta a predileção de seu contágio. Todavia, as taxas de mortalidade acabam atingindo com mais violência diferentes segmentos populacionais, sujeitos a maiores ou menores riscos, como é o caso daqueles que não têm condições de estarem isolados em casa, mesmo porque, a sua casa é a própria rua.

Em suma, diante da complexidade da natureza do objeto sob análise neste estudo, acredita-se que a opção por um método qualitativo que valorize a observação empírica e aprofundada do campo com relação aos fenômenos de natureza subjetiva tem a vantagem de ser capaz de aprofundar, afiançar, dar segurança e organização às informações encontradas. A subseção seguinte tratará de esquadrihar o percurso metodológico utilizado durante a realização das atividades de campo.

2.4 Sujeitos e cenários da pesquisa: o percurso metodológico desenvolvido no campo

A invisibilidade da PSR é parte de um consenso entre os estudiosos do tema e recentes pesquisas acadêmicas têm se atentado à produção de estudos. No entanto, ainda são restritas as investigações mais focadas sob a perspectiva do usuário no que se refere ao protagonismo das suas relações com os serviços, com as formas de cuidar de si, com a sociedade e com a própria vida. A fim de proporcionar as reflexões necessárias à realização da investigação, baseamo-nos em referenciais teóricos que ofereceram o alicerce às escolhas metodológicas, além de primarmos pela aproximação dos contextos e realidades da PSR.

Com o intuito de conhecer os recursos mobilizados pela PSR durante os percursos em busca de cuidado com base na análise da rede de serviços de saúde no território estudado, o trabalho de campo foi articulado de modo a se aproximar das narrativas da PSR, da realidade vivida, dos territórios geográficos, das esferas afetivas e existenciais e, por conseguinte, investigar a ocorrência de possíveis processos geradores de iniquidade nesta trajetória. Nesse sentido, o trabalho buscou examinar como a PSR acessa a rede de serviços de saúde em Campos dos Goytacazes.

Com base nos postulados de Travassos e Martins (2008), sob o entendimento dos quais a acessibilidade está referenciada pelas características dos serviços, dos recursos de saúde e das possibilidades da sua utilização ou não pela sociedade, pretendeu-se também investigar as conexões entre a PSR e as instituições de saúde, as suas complexidades e a observação da garantia do direito de acesso universal conforme previsto pelo SUS.

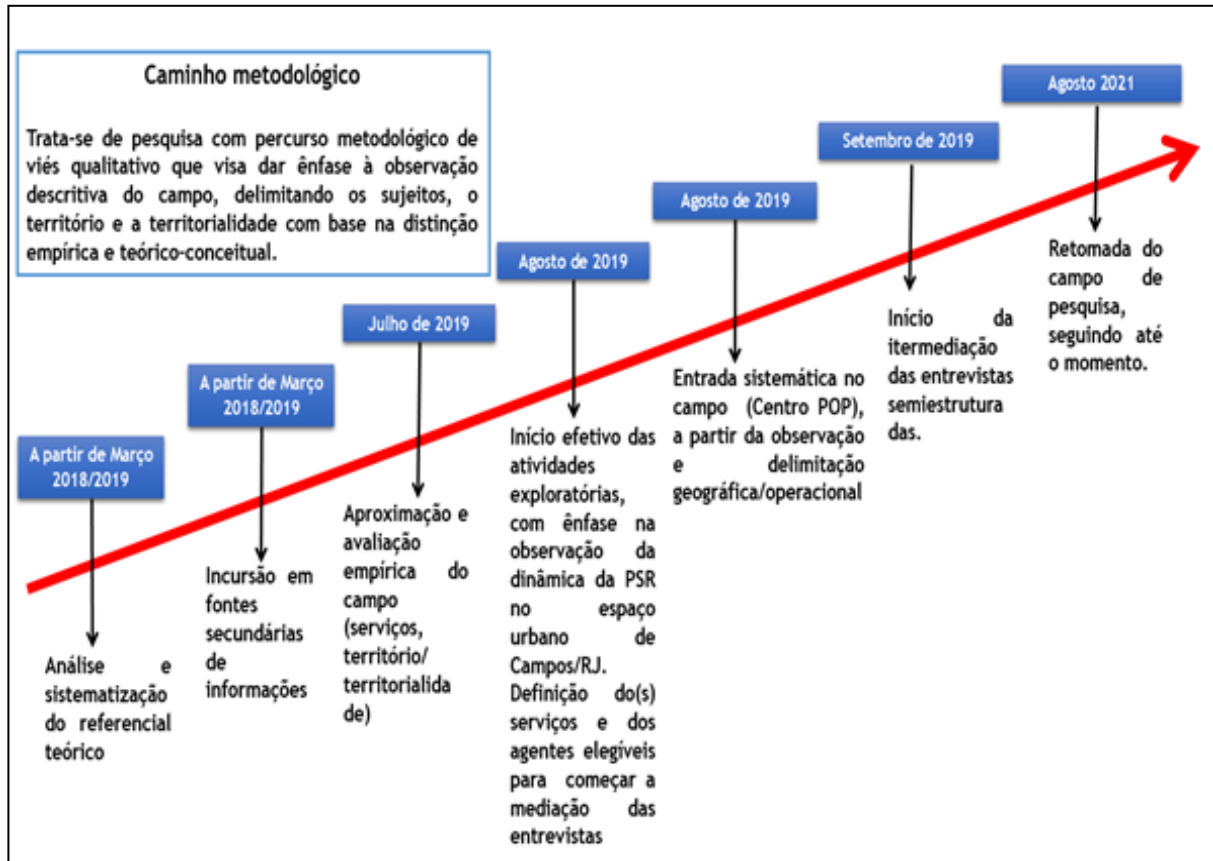
A partir das falas da PSR e dos profissionais de diversas áreas de conhecimentos pudemos entrar em contato com os discursos relacionados à acessibilidade e a outros conceitos envolvidos com o acesso ao cuidado ofertados pela rede pública de saúde local.

Apoiando-se nos dizeres de Minayo (2014), apesar da presença constante da pesquisadora no campo, acredita-se que não tenha havido uma imersão integral no universo explorado, e sim, apenas uma participação como mero observador ainda que de maneira mais aprofundada, por meio do acompanhamento e do registro sistemático dos acontecimentos considerados importantes na rotina do campo. Cenário onde se estabeleceu a consciência entre pesquisados e pesquisador a partir da construção de uma relação temporária que se iniciou durante as visitas naqueles espaços com aquelas pessoas.

No intuito de delimitar um recorte mais preciso do território do município de Campos e do campo da pesquisa e, a fim de favorecer a compreensão do caminho metodológico

proposto para o alcance dos objetivos deste estudo, foram estruturadas três etapas que se encontram detalhadas a seguir.

Figura 5 - Desenho esquemático do caminho metodológico utilizado durante o desenvolvimento da pesquisa.



Fonte: Elaboração da autora.

Na *primeira etapa* de cunho teórico-conceitual preconizou-se a realização de análise e sistematização do referencial teórico além da incursão em fontes secundárias de informações, pois, tal estratégia, conforme Marconi & Lakatos (1996) sinalizam, proporciona com mais assertividade esclarecimentos acerca do estado em que se encontra o problema no espectro da pesquisa.

Na *segunda etapa* do percurso metodológico, em razão da heterogeneidade da PSR e da sua dinâmica territorial itinerante, foi realizada uma análise empírica do território e da territorialidade, para tanto, observou-se de modo sistemático e por um período de aproximadamente 20 dias a dinâmica da PSR, com ênfase aos pontos de maior concentração e características gerais de convívio social do grupo nestes espaços.

Além disso, buscou-se conhecer e registrar o detalhamento da rede de instituições governamentais e não governamentais que promovem assistência social e cuidados em saúde

ao grupo, com atenção especial para onde se dirigem ou são encaminhadas as pessoas em situação de rua quando precisam receber cuidados em saúde.

Em razão das particularidades que envolvem o objeto de estudo, planejamos as primeiras incursões no campo a partir da aproximação com a PSR. Este fato só foi possível por meio do auxílio da equipe de técnicos do Centro Pop, local escolhido como ponto de partida do roteiro metodológico em direção aos demais pontos de investigação, especialmente os pontos da rede de saúde mais utilizados. A escolha do Centro Pop deu-se, pois, dentre outras razões, entendendo-se que o local possibilitaria à pesquisadora os primeiros contatos e a construção de vínculo com a PSR, fator indispensável para a condução deste estudo.

Em vista da multiplicidade de riscos que envolvem o território do universo investigado que vão desde intempéries naturais, conflitos e acidentes/incidentes diversos, nesta segunda fase, foi avaliada a segurança no interior dos equipamentos socioassistenciais e no perímetro da rua, com observância ao manejo de possíveis situações adversas.

Assim, neste ponto foram dados os primeiros passos exploratórios do campo e na sequência foram definidos os serviços e atores elegíveis, dando-se início a intermediação das entrevistas. Utilizou-se, para tanto, questionários semiestruturados mistos para coleta de informações, contendo perguntas abertas e fechadas, com gravação e posteriormente a transcrição manual das falas, ou seja, sem o auxílio de *software* de transcrição de áudio para texto.

O momento mais apropriado para reiniciar as atividades e buscar novas informações no campo deu-se em razão da observação das normas de segurança sanitárias utilizadas para a contenção do avanço da Covid-19.

Sendo assim, o *terceiro momento* do campo, conforme já descrito, sofreu um retardado em razão da pandemia da Covid-19, porém, tendo um conjunto de informações já coletadas a partir da observação e da construção pormenorizada do diário de campo durante o segundo momento, foram apontados os possíveis serviços de saúde a serem investigados e as categorias profissionais a serem ouvidas. A partir disso, o trabalho de campo foi novamente retomado a partir do dia 03 de agosto de 2021.

As principais técnicas de investigação utilizadas na condução da pesquisa visando ao alcance dos objetivos neste momento foram: observação do campo, confecção do diário de campo no mesmo dia após o término das atividades, intermediação e gravação de entrevistas junto aos servidores da rede socioassistencial, saúde e das pessoas vivendo em situação de rua.

Na tentativa de agilizar o processo investigativo e de recuperar o tempo perdido por conta da chegada da Covid-19 que pausou momentaneamente as práticas investigativas no campo, neste terceiro momento, por meio da técnica de bola de neve, além da intermediação de questionários semiestruturados presencialmente, recorreu-se ao envio por *E-mail* ou por meio do aplicativo de troca de mensagens – *WhatsApp* - aos trabalhadores dos espaços institucionais de saúde, identificados pela PSR e pelo pessoal técnico da SMDHS como os mais buscados espontaneamente pela PSR, ou para onde são levados quando acionados os serviços de atendimento pré-hospitalar.

Nesta etapa foi contemplada novamente a escuta de pessoas em situação de rua no próprio território e nos equipamentos socioassistenciais que não haviam sido ouvidos na primeira fase das entrevistas utilizando-se, para tanto, dos mesmos questionários semiestruturados aplicados anteriormente, novamente com gravação e posterior transcrição manual das falas.

Receberam questionários nesta etapa: trabalhadores da saúde, pessoal de apoio, incluindo auxiliares administrativos e de serviços gerais, sendo contempladas as seguintes unidades: PU Saldanha Marinho, PU de Guarus, Hospital Ferreira Machado, CAPS ad e CAPS III, além do serviço de atendimento pré-hospitalar mantido pela municipalidade denominado 192 (Emergência em Casa)³³, Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Patronato e UBSF Parque Rodoviário.

Foram enviados também formulários aos profissionais do Consultório na Rua (CnaR), todavia, tendo em vista a singularidade do trabalho que estes profissionais desenvolvem diretamente no território da rua, os instrumentos para a coleta de informações continham uma estrutura diferente conforme pode ser conferido nos documentos anexos da tese.

Vale destacar que desde março de 2021 atuo na equipe interdisciplinar do CnaR de Campos como enfermeira, condição que de alguma maneira facilitou a minha circulação pelo campo com observância às questões de segurança e ao cuidado para não interferir no processo de trabalho da equipe além de, critérios rigorosos visando a proteção acerca do envolvimento excessivo com o objeto de estudo. Deste modo, pretendeu-se preservar a manutenção da objetividade do estudo, a validade, a credibilidade das informações e os níveis de qualidade dos resultados.

Conforme detalhado mais adiante no capítulo que trata dos resultados, a principal

³³ O Programa municipal de remoção pré-hospitalar, substitui o de base nacional denominado Serviço Móvel de Urgência, o SAMU.

dificuldade observada durante o trabalho de campo, nesta terceira etapa, foi a baixa devolução dos questionários enviados por meios eletrônicos, ou seja, a tímida adesão na participação das diversas categorias profissionais que atuam na rede de saúde pública local.

Uma vez já sublinhado, em decorrência da pandemia da Covid-19, a prefeitura de Campos instituiu em março de 2020 um abrigo “temporário” para a PSR. O espaço disponibiliza 50 vagas e se encontra localizado nas antigas dependências do hospital Manoel Cartucho, próximo à região central da cidade. O equipamento conta com equipe de técnicos da área psicossocial e da saúde e recebe usuários encaminhados pelo Centro Pop, serviço que continua funcionando como porta de entrada da rede da SMDHS.

No dia 11 de dezembro de 2020, como atividade de campo, foi realizada uma visita às instalações do equipamento, observou-se que embora tenha sido uma situação emergencial, com certo imprevisto na adequação do espaço físico, o abrigo tem conseguido suprir de maneira satisfatória às necessidades da PSR no auge do quadro crítico desenhado pela pandemia. De acordo com a coordenadora do equipamento à época, desde o início das atividades até a data desta visita, foram realizados cerca de 240 atendimentos com 01 caso de Covid-19 oficialmente registrado.

Os relatos sobre a entrada e a permanência no campo, bem como as justificativas sobre as escolhas metodológicas, ajudaram a pautar os rumos da pesquisa e são indispensáveis para a compreensão dos caminhos escolhidos. A descrição dos métodos empregados, comumente aplicados nas pesquisas relacionadas às Ciências Sociais, ainda que de uma forma mais sintética, serve aqui como uma bússola, sobretudo, levando-se em consideração a minha formação de origem nas ciências da saúde.

Nos capítulos seguintes evidenciamos os conteúdos encontrados no campo, com ênfase para a descrição das informações obtidas mediante o agrupamento dos dados coletados, por meio da categorização de elementos que priorizaram três eixos principais a saber: 1) a PSR e a visão da sociedade; 2) primeiras aproximações acerca de saúde-adoecimento-cuidado e possíveis iniquidades de acesso; 3) o perfil socioeconômico da PSR de Campos e a psicodinâmica de ida para as ruas. Reforça-se a ideia de que pobreza, desigualdade, exclusão social e vulnerabilidade encontram-se vivas e de forma transversal nestes três eixos.

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“[...] aqui, a vida persiste, vencendo o descaso. Mas isso não significa que ela seja forte o bastante para se fazer notar. A verdade é que até somos tolerantes com vidas que acreditamos não valerem nada. Contanto que elas não atrapalhem esteticamente a realidade. E não façam barulho ao sair” (Leonardo Sakamoto, 2018).

Neste terceiro capítulo, tem-se um apanhado dos primeiros resultados encontrados no campo de pesquisa, relativos às aproximações iniciais com o território investigado e com a PSR, além das transcrições das primeiras falas sobre acesso aos serviços da rede pública de saúde, bem como os relatos dos profissionais que atuam na rede socioassistencial do município.

3.1 A PSR e a visão da sociedade

As *interfaces* intrínsecas ao conceito de saúde, de acordo com Campos *et al.*, (2012), trazem desdobramentos que evidenciam a complexidade da temática em virtude de sua construção histórica, de sua correlação com a organização social e econômica, das condições de vida e de trabalho dos indivíduos, dos seus valores, dos seus desejos e das relações entre as pessoas e grupos sociais. Ou seja, para os autores, a maneira como as pessoas vivem interfere diretamente no seu equilíbrio vital e, por conseguinte, no seu processo de saúde e de adoecimento.

A ideia relacionada à saúde ganhou traços mais consubstanciados a partir da Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde ocorrida na cidade de Ottawa no Canadá, em 1986. Naquela ocasião a concepção sobre saúde passou a ser contemplada sob o prisma da qualidade de vida condicionada a um conjunto de fatores, tais como: paz, abrigo, alimentação, renda, educação, recursos econômicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, equidade e justiça social.

A carta de Ottawa (1986) incluiu a participação individual e coletiva no cuidado à saúde e, diante desta perspectiva positiva, sinalizou para o fato de que os indivíduos e grupos devem ter a capacidade de identificar os seus problemas, satisfazer as suas necessidades e modificar-se ou adaptar-se ao meio para que possam atingir o bem-estar (BACKES *ET AL.*, 2012).

Seguindo os mesmos princípios, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou saúde como um completo bem-estar físico, social e mental e não apenas a ausência de doenças (1986). Em contrapartida, ao considerarem a soma dos resultados relacionados às condições de alimentação, moradia, educação, meio ambiente, trabalho e renda, transporte, lazer, liberdade e principalmente o acesso aos serviços de saúde, Backes *et al.*, (2012) apontaram para a evolução do conceito de saúde da OMS a partir de uma concepção mais ampliada.

Ocorreu um número crescente de iniciativas dos governos municipais e estaduais de controle da Covid-19, especificamente voltadas para pessoas em situação de rua, em boa medida, ações descoordenadas mas que foram relevantes, uma vez que o “Governo Federal não se pronunciou quanto à criação e à implementação de estratégias emergenciais, voltadas a este grupo especificamente” (BRUNO & FERREIRA, 2021, p. 16).

Destacam-se as seguintes ações de enfrentamento à Covid-19 destinadas às pessoas em situação de rua, articuladas pelos governos municipais e estaduais: conscientização e prevenção; adaptação e instalação de infraestrutura; encaminhamento e transporte para as unidades de saúde; orientação e disponibilização de materiais de higiene para os profissionais. Dessas estratégias, foram mais frequentes a adaptação dos pontos de acolhimento e instalação de abrigos temporários, a distribuição de itens de higienização e orientações sobre a existência da doença e formas de prevenção. Contudo, nenhuma das regiões brasileiras empregou todas as medidas citadas e a maioria dos serviços se concentrava apenas no centro das grandes cidades. Além dessas medidas, a maioria dos projetos de acolhimento e cuidado partiram principalmente do voluntariado, realizado ora por profissionais que trabalhavam em instituições de assistência, ora por ONGs e ações individuais que auxiliavam a população em situação de rua a lidar com as problemáticas da pandemia. Nenhuma das regiões brasileiras empregou todas as medidas (BRUNO & FERREIRA, 2021, p. 16).

As políticas socioeconômicas acionadas no Brasil foram insuficientes para mitigar os danos causados aos grupos sociais mais vulneráveis e expostos ao vírus. Os anos de 2020 e 2021 foram dramáticos sob o ponto de vista dos agenciamentos e atravessamentos diante de uma conjuntura política econômica pautada pela austeridade, pela minimização dos direitos e políticas de proteção social que acabaram gerando, conforme Bueno *et al.*, (2021), uma crise humanitária de proporções alarmantes.

A pandemia da Covid-19 amplificou a produção e reprodução das vulnerabilidades no Brasil nos primeiros dez meses da pandemia. Partindo da conceituação de grupos de risco e de evidências como estratégias para identificação de segmentos e indivíduos incluídos neste processo híbrido, dinâmico e que, portanto, exige estratégias intersetoriais capazes de minimizar mortes (BUENO & MATTA, 2021).

No caso brasileiro, o presidente da república Sr. Jair Bolsonaro, questionou as medidas de distanciamento social e exortou os governadores a retirarem as restrições comerciais sob a alegação de salvar a economia. Foram as palavras ditas pelo chefe do executivo nacional em 09 de junho de 2020: “todos vamos morrer um dia”, deixando entender que salvar a economia vale mais do que salvar vidas (GAILLE & TERRAL, 2021).

Em posição oposta, de acordo com a diretora da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)³⁴, há uma crescente preocupação com pessoas em situação de pobreza e outros grupos vulneráveis com maior risco de doença e morte pelo vírus. O recente aumento de casos e fatalidades se deve, em parte, à propagação do vírus nesses grupos, pois, dentre outros entraves, deparam-se com desigualdades estruturais que os limitam o acesso aos serviços de saúde.

Além das problemáticas cotidianas agravadas pela pandemia, autores como Bruno & Ferreira (2021) assinalam que em um contexto de emergência pública, surgem novos processos de vulnerabilidade que tendem a atuar de modo simultâneo na vida da PSR. Por esse motivo, essas pessoas constituem os grupos mais vulneráveis à Covid-19, e, sem intervenções ou estratégias adequadas, acabam ainda mais expostas a taxas elevadas de infecção e mortalidade. Algumas dificuldades se encontram listadas no quadro a seguir.

³⁴Fonte: Organização Panamericana da Saúde. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6175:diretora-da-opas-pede-que-paises-protejam-grupos-vulneraveis-dos-efeitos-da-pandemia-de-covid-19&Itemid=812. Acessado em: 04/12/2020.

Quadro 4 – Modos como as pessoas em situação de rua foram afetadas durante a pandemia de Covid-19.

Principais dificuldades encontradas	
Condições observadas	Fatores condicionantes
Grande parte das pessoas em situação de rua vive em ambientes congregados.	Tanto em ambientes formais (abrigo, casas de recuperação etc.) quanto informais (acampamentos, prédios abandonados etc.), podendo não ter acesso regular a suprimentos básicos de higiene ou chuveiros o que pode facilitar a transmissão do vírus.
Pessoas em situação de rua tendem a ser mais transitórias e geograficamente itinerantes em comparação aos indivíduos da população em geral.	Fator que dificulta o rastreamento e adoção de ações de prevenção para mitigar a transmissão do vírus, além da oferta de tratamento aos que precisam de cuidados.
Têm pouco acesso à informação sobre o vírus ou sobre os instrumentos de segurança. O que é? O que ajuda e o que piora o contágio? Como os instrumentos podem ajudar? Como funciona a vacina?	Os meios de comunicação dessa população se dão principalmente nos estabelecimentos públicos, a maioria deles foram fechados durante a pandemia.
A PSR sofre de insegurança alimentar, ou seja, como obter alimentação? Sem uma alimentação adequada/regular a imunidade pode ser comprometida.	Houve o fechamento do comércio, havia menos pessoas nas ruas, além do fato de que os trabalhos caritativos também diminuíram ou cessaram as suas atividades.
Violência, preconceito e discriminação social.	Situações que agravam a saúde mental e impactam sobremaneira na socialização e comprometem a garantia de direitos da PSR
Uso abusivo de substâncias psicoativas.	Padrão frequente no universo em realce como forma de lidar com seu próprio sofrimento. No entanto, o consumo de drogas psicoativas pode aumentar as chances do desenvolvimento dos sintomas mais graves da Covid-19.
Diminuição de doações e insumos básicos no espaço da rua.	Menos pessoas circulando no território da rua com medo de se aproximar e ajudar por receio de contágio do vírus.
Vínculos familiares fragilizados atrelados ao uso de substâncias psicoativas elevaram a suscetibilidade dessas pessoas a desenvolverem doenças mentais crônicas.	Combinado aos, dentre outros processos identificados, a saúde mental das pessoas em situação de rua foi drasticamente afetada.
As intervenções e estratégias públicas foram/são escassas. A maioria voltadas ao cuidado imediato e/ou em curto prazo.	Os acessos aos serviços de saúde e recursos terapêuticos foram/são dificultados e não coincidem com as necessidades longitudinais de prevenção e promoção em saúde ou aos cuidados de agravos já instalados.
Os pequenos serviços autônomos realizados por pessoas em situação de rua (como venda de mercadorias em sinaleiras ou recolhimento de doações) e que garantiam renda para comprar insumos básicos, se tornaram escassos.	Muitos desses indivíduos podem estar enfrentando ainda situações de extrema precariedade, inclusive, tendo que transitar para encontrar os subsídios para sua sobrevivência, o que é prejudicial para a contenção da disseminação do vírus.

Fonte: Elaboração da autora com base na Cartilha Ciência na Rua, Manual de Cuidado & Acolhimento de autoria de Bruno & Ferreira (2021, pp. 14-15).

No que se refere às informações sobre o contágio das pessoas em situação de rua pela Covid-19 no país, a Rede Brasil Atual (RBA)³⁵ solicitou dados sobre o número de casos

³⁵Fonte: Rede Brasil Atual. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2020/09/pessoas-situacao-de-rua-contaminadas-covid-19/>. Acessado em: 04/12/2020.

confirmados e óbitos para essa população às secretarias de saúde das cidades com mais de 900 mil habitantes, todavia, essas informações não atendem ao município aqui averiguado. Além do mais, as estatísticas sobre os índices de Covid-19 na PSR, estão basicamente centradas em quem está abrigado em acolhimentos e centros temporários, fato que pode estar deixando escapar da conta os que dormem nas calçadas embaixo das marquises.

Ainda com relação à PSR e Covid-19, de acordo com pesquisa recente realizada em 2021 na capital fluminense pela Pontifícia Universidade Católica (PUC)³⁶, 6,9% das pessoas em situação de rua tiveram algum sintoma relacionado à doença, no entanto, apenas 2% tiveram exame confirmatório para o novo Coronavírus e de acordo com a Organização Não Governamental Médicos Sem Fronteiras, o rastreamento foi positivo para Covid-19 em 11% dos casos atendidos (NUNES, *ET AL.*, 2021).

Salienta-se, no entanto, que a baixa incidência de positividade nos testes para Covid-19 na PSR pode estar relacionada às limitações impostas ao grupo quando se trata de acesso aos serviços públicos de saúde, ocasionando uma redução da notificação dos casos da doença no grupo.

Além disso, fatores como a falta de documentação e a inexistência de um marcador para a PSR nas certidões de óbitos, podem ter tido, também, algum tipo de influência na subnotificação dos resultados (NUNES *ET AL.*, 2021). Outro ponto importante, diz respeito à baixa testagem da doença para a PSR no país, fato este que teria dificultado as ações de vigilância epidemiológica que contemplassem o grupo.

Ao ampliar as noções acerca dos conceitos de saúde, colocam-se evidentes as aproximações conceituais sobre as quais se assentam as condições de vida, de saúde e de adoecimento da PSR compreendendo, finalmente, que as desigualdades sociais impostas à parcela em evidência são fatores geradores de iniquidades. Enfim, diante das particularidades observadas no universo explorado que envolvem saúde e adoecimento, pode-se constatar que nenhuma teoria isoladamente seja suficiente para contemplar o fenômeno.

Além de alcançar conhecimentos acerca do processo de saúde-adoecimento nas pessoas em situação de rua, o que se pretendeu com essa pesquisa foi verificar ainda como e quando se percebem adoecidas e, a partir disso, como identificam a necessidade de acessar algum ponto da rede pública de saúde.

Para Bruno e Ferreira (2021) viver e adoecer nas ruas têm características e processos

³⁶Fonte: PUC Rio. Disponível em: http://www.editora.puc-rio.br/media/Popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20rua_book.pdf. Acessado em: 27/11/2021.

singulares que englobam diversos fatores e áreas de conhecimento, incluindo saúde física e mental tendo em vista a diversidade do grupo ao qual pertence. Para os autores no que se refere às pessoas em situação de rua, podemos melhor compreender a realidade vivida por elas através da **interseccionalidade**, termo que se refere aos diversos fatores determinantes como gênero, raça, classe, sexualidade, escolaridade, religião, entre outros, e que “permeiam a vivência de um indivíduo de forma dinâmica, moldando assim variadas formas de opressão, discriminação ou subordinação e formas particulares de sobrevivência” (BRUNO & FERREIRA, 2021, p. 10).

Os mesmos autores apontam para o fato de que a **interseccionalidade** explicaria as diferentes condições vivenciadas pelos grupos nas ruas. Como exemplo, citam que as mulheres experimentam uma realidade diferente de homens devido a problemáticas como violência física, sexual, psicológica e ou simbólica, gravidez nas ruas, separação dos filhos e familiares, dificuldades de se higienizar ou obter absorventes durante o período menstrual.

Pessoas pretas sofrem racismo estrutural, preconceito, discriminação e estigmatização, os imigrantes e refugiados padecem da separação da família, barreiras linguísticas e xenofobia, e por fim, o grupo LGBTQIA+ sofre pelos conflitos familiares, violência, abuso, prostituição como forma de subsistência, dentre outras nuances. Este último grupo tem a sua condição de exclusão ainda mais agravada quando se depara com dificuldade de sobrevivência nas ruas e com necessidade de utilizar serviços de acolhimento, em grande maioria, não adequados ao seu perfil. Sobre esta questão, Padre Júlio Lancellotti³⁷ disse-nos, durante a sua entrevista, que há inúmeras regras que impõem a exclusão dos seus parceiros afetivos:

Então, por exemplo, nas... o que a gente tem reclamado, que nós temos aqui em São Paulo as Casas Florescer para mulheres trans, o que é muito bom, vai. Acho que prá três casas, mas elas não podem ter companheiro nem companheira lá dentro, [...] é num pode, porque se ela tiver uma companheira, ela é uma mulher trans, tem mulheres trans que têm companheiras, e tem mulheres trans que têm companheiros. E lá dentro da casa não, não... não pode. Nem companheiro, nem companheira, pode ter fora, lá dentro não (Padre Júlio Lancellotti, entrevista realizada na igreja de São Miguel Arcanjo, Mooca, Zona Leste de São Paulo em 07/02/2022).

³⁷ Padre Júlio Lancellotti é teólogo e pedagogo, pároco da Paróquia São Miguel Arcanjo na Mooca bairro da Zona Leste de São Paulo há 36 anos. Referência nacional na defesa dos Direitos Humanos se dedica há trinta anos à assistência à população marginalizada. Participou da formulação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Atualmente coordena a pastoral do povo da rua, atuando fortemente junto à menores infratores, detentos em liberdade assistida, imigrantes, sem-teto e refugiados. Em 2020 ganhou o 7º Prêmio Dom Paulo Evaristo Arns, de Direitos Humanos, pela prefeitura de São Paulo, e o 17º Prêmio USP de Direitos Humanos, na categoria individual. (Informações obtidas da apresentação do seu último livro intitulado: “**Amor à maneira de Deus**”, publicado em 2021).

São limitações que se traduzem em invisibilidade e desterritorialização³⁸, fazendo aumentar o grau de vulnerabilidade, além de reforçar padrões de iniquidade de acesso aos serviços e benefícios sociais que deveriam, mas que no entanto, não são garantidos universalmente à PSR por parte do Estado, pois: “A proeminente dificuldade no acesso aos serviços é um reflexo do processo de exclusão e “invisibilização” que marca a população em situação de rua” (HALLAIS & BARROS 2015, p. 1.501).

Importante notar o incômodo percebido em algumas parcelas da sociedade que, em boa medida, buscam no Estado a deslegitimação relativa à interlocução com a PSR sob a ótica dos Direitos Humanos e da cidadania, optando pelo foco da segurança pública. Diante disso, de acordo com Valencio *et al.*, (2008) o grupo passa a ser visto não como ameaçado mas sim, como fonte de ameaça à sociedade, situação esta que motiva medidas radicais de desterritorialização que vão desde a expulsão de bairros ou cidades até mesmo ao seu extermínio.

Diante da heterogeneidade da PSR, Bruno & Ferreira (2021) apontam também para a importância da oferta do cuidado centrado no acolhimento humanizado, na escuta diferenciada e cuidadosa do grupo e concluem:

As trajetórias de vidas dessas pessoas em situação de rua são marcadas pela maior vulnerabilidade e menor inserção na sociedade, principalmente, em relação aos direitos humanos, justamente por não pertencerem aos grupos dominantes na sociedade. Combinados a toda a conjuntura de estar em situação de rua, os componentes de vulnerabilidade e fragilidade marcados pela interseccionalidade resultam em diferentes histórias, dificuldades e prioridades de vida. As diferenças demonstram as subjetividades das pessoas e requerem escuta com sensibilidade por parte da assistência e dos profissionais envolvidos em toda a articulação para o cuidado (BRUNO & FERREIRA, 2021, p. 10).

A partir das dinâmicas de vida que se desenvolvem no território da rua, justifica-se o desenvolvimento de estudos acerca da pluralidade de situações que compõem esse campo de experiências. Tais dinâmicas amparam-se nos argumentos de Berger & Luckmann (1986), segundo os quais, o homem interage com o meio de acordo com a sua variável biológica/genética, entretanto, é o seu modo instintivo, a interação com a natureza e com o ambiente (através de um processo dialético de objetivação/subjetivação) que o homem busca constituir o mundo social onde vive e convive com os demais atores de acordo com os padrões que determina.

³⁸ Processo de desconstrução identitária imposta ao grupo por meio de medidas higienistas dos espaços urbanos que privilegiam a valorização do mercado imobiliário e a segurança. Tais medidas acentuam o processo do desemprego experimentado pelo grupo e apontam para o reforço do empobrecimento e da desfiliação social (VALENCIO *ET AL.*, 2008).

As concepções de Berger & Luckmann (1986) também nos auxiliam a compreender o processo de exclusão experimentado pelas pessoas em situação de rua. São vistas como fora dos padrões “normais” concebidos pela sociedade, incompreendidos como tipificação recíproca de hábitos acionados por diversos atores dentro de um mesmo universo social. Para os autores, com base nas tipificações, torna-se possível passar às gerações futuras (sedimentação intersubjetiva) o que foi institucionalizado em um dado momento, entretanto, no caso da PSR, ocorreria uma espécie de exclusão deste processo. É como se o grupo não se enquadrasse em determinados padrões de convívio socialmente aceitáveis, vivendo apartado do que a sociedade contemporânea concebe como mecanismos de controle social, mediante os quais, seria impossível viver em coletividade.

Ainda os mesmos autores (*ibid.*) explicam que o afastamento de determinados padrões institucionais coloca, na maioria das vezes, a PSR na condição de irreconhecíveis moralmente, passíveis de “punição” por alguns setores da sociedade e pelo próprio Estado que privilegia frequentemente a criação de políticas públicas direcionadas ao grupo sob o viés higienista ou sob a lógica da segurança pública.

As pastorais vinculadas aos Direitos Humanos condenam o isolamento social e intervenções estatais punitivas que são muitas vezes justificadas sob o argumento de que a PSR seria um grupo social desnecessário do ponto de vista econômico; incômodo politicamente, perigoso socialmente e que provoca a cultura de expulsão. Não são raras as narrativas de preconceito, de exclusão, de discriminação e de violência³⁹ passíveis de ações de repulsa. São homens e mulheres que por “cheirarem mal” incomodam e ocasionam em muitas pessoas sentimentos que vão desde a repulsa até a indiferença (PASTORAIS, 2012).

De modo geral, explicam Rosa *et al.*, (2005) a PSR padece da exclusão e do desamparo como elementos condicionantes que os igualam perante aos olhares da sociedade, embora alguns fatores os diferenciem, tais como: os motivos que os levaram e o tempo de permanência na rua, além do grau de vínculos familiares existentes.

De acordo com Vieira *et al.*, (1994), a interface entre esses componentes classificaria as pessoas em situação de rua em três situações diferentes: ficar na rua (circunstancialmente), estar na rua (recentemente) e ser da rua (permanentemente). A essa classificação somam-se as ideias de Carneiro *et al.*, (1998) ao definirem as seguintes situações para quem se encontra em situação de rua:

³⁹ Fonte: Direitos Humanos no Brasil 3: diagnósticos e perspectivas /Movimento Nacional de Direitos Humanos. Disponível em: https://cdhpf.org.br/wp-content/uploads/2016/12/diagnosticos_perspectivas.pdf. Acessado em: 12/08/2021.

[...] “ficar na rua” caracteriza transitoriedade, a pessoa possui ainda um projeto de vida e mantém fortes vínculos familiares; “estar na rua” implica na diminuição do contato com a família e o estabelecimento de novos vínculos na rua; “ser da rua” traz em si a identidade e identificação com a própria rua, que passa a ser o lugar de referência e espaço de relações - o corpo se modifica, bem como as formas de conviver e ver o mundo (p. 50).

Importante perceber as diversas nuances de edificação social e de como estes processos se deram e se reconstruíram continuamente em torno da PSR.

Nas seções seguintes objetivamos ressaltar problemáticas relacionadas à PSR, entre as quais se destacam: as representações/percepções sobre saúde e adoecimento, a relação entre desigualdades sociais e saúde, as iniquidades de acesso às políticas de saúde resultando, sobretudo, em um grau desigual de acesso a bens, serviços e oportunidades promovidos pelos próprios mecanismos sociais.

3.2 População em situação de rua: saúde/adoecimento e as iniquidades de acesso à saúde – primeiras observações

No início desta seção, levamos em conta as considerações de Canguilhem (2009), para quem parece ser impossível imaginar a vida se desenvolvendo apenas no nível orgânico/biológico. O autor sugere que o sujeito e o meio não devem ser classificados como normais se observados separadamente, pois, o que é considerado normal para um indivíduo pode não ser considerado para o outro, logo, não seria possível haver rigidez ou linearidade nesse processo.

Segundo Canguilhem (2009), compreender a saúde diante da exclusão social como experimenta diariamente a PSR, evidencia como é difícil a manutenção da vida para quem se encontra vulnerabilizado. Vale destacar também, como essas pessoas tendem, obrigatoriamente, a desenvolver habilidades de superação das incapacidades por meio de aptidões adquiridas a fim de que tenham reais condições de responder às variações do seu entorno e utilizarem a seu favor o meio inóspito onde vivem.

De acordo com Pereira *et al.*, (2011) o modelo de saúde que assimila a visão biopsicossocial se enquadra bem ao contexto de vida da PSR ao considerar as dimensões coletivas e subjetivas do indivíduo, incluindo para tanto, a interferência de aspectos resultantes de processos sociais das suas condições existenciais, para além dos aspectos estritamente biológicos.

Em consonância, Bacellar *et al.*, (2012) assinalam que dependendo da coletividade em questão, das suas experiências de vida, dos valores e dos costumes, bem como, do momento

histórico, o conceito de saúde pode se manifestar sob novos significados. Retornar, portanto, a esse conceito torna-se essencial nesta etapa da pesquisa, pois a sua amplitude se contrasta com as percepções da PSR no que diz respeito à saúde e ao adoecimento.

Valendo-se novamente do entendimento de Pereira *et al.* (2011) reparamos que a concepção de saúde sofreu mudanças ao longo da história, passando desde percepções que privilegiavam o modelo hospitalocêntrico/curativo por meio de intervenções medicamentosas, até a ideia de completo bem-estar físico, mental, social e a ausência de doenças.

O ato de perceber-se doente ganha uma miríade de contornos que passam pela cultura, pelo trabalho e pela renda. O fenômeno de sentir-se doente ou o modo como percebem o próprio corpo modifica-se nos diferentes segmentos sociais, portanto, revela-se desigual ao se referir à leitura dos sinais de doença. Caso explícito quando se trata da PSR tendo em vista a dependência do próprio corpo como instrumento de trabalho e de sobrevivência, justificando assim, porque nessas condições os sinais de doença podem ser vagarosamente observados o até mesmo negados (BERLINGUER, 1988).

[...] tem coisas que às vezes eles não percebem porque estão tão acostumados ao mal estar. O Dr. David falava uma coisa interessante: que como eles sempre usam roupas que não são deles, eles não percebem o emagrecimento (Padre Júlio Lancellotti, entrevista realizada na igreja de São Miguel Arcanjo, Mooca, Zona Leste de São Paulo em 07/02/2022).

Ensina-nos Frangella (2009) que o percurso diário de uma pessoa em situação de rua no espaço urbano é iminente corporal, desse modo, o corpo traz marcas das muitas maneiras de se relacionar com as ruas e com políticas sociais majoritariamente homogêneas, insuficientes às especificidades de um grupo caracterizado pela sua heterogeneidade. Na concepção da autora, é sobre o corpo do morador de rua que se lançam intervenções e manifestações de violência que ritualizam cotidianamente as tentativas de exclusão desses cidadãos.

Conforme Rosa *et al.*, (2005) o processo de adoecer e de se perceber doente sofre interferências diretas do meio, este que por sua vez, não é algo neutro, mas sim, concebido como cenário sociocultural e político sob influências de determinantes psicossociais e que, a partir do que os autores classificam de diferenças injustas do ambiente, são capazes de promover iniquidades e de interferir na saúde das pessoas e grupos; situação característica de quem se encontra em situação de rua.

Fato é que, viver e adoecer nas ruas têm características e processos singulares que englobam diferentes fatores e áreas de conhecimento acerca da saúde física e mental, pois surgirão demandas das mais variadas e, ao mesmo tempo particulares, tendo em vista o

contexto de vida da rua conforme asseveram Bruno & Ferreira (2021). Os autores enumeram alguns dos desafios encontrados diante da necessidade de acessar serviços públicos de saúde: regras e burocracia rígida que não consideram as dinâmicas do segmento; exigência de documentação de identificação quando muitos não têm; receio de enfrentar algum tipo de violência institucional; falta de sensibilização e qualificação dos profissionais que às vezes solicitam coisas que devido à condição de rua não conseguem cumprir; preconceito e discriminação vindos tanto da equipe que os atende quanto dos outros pacientes.

Assim, um dos pontos vitais desta pesquisa, foi compreender como a PSR percebe o seu processo de saúde-adoecimento e, a partir disso, quais são os mecanismos acionados na busca por cuidados. Autores como Campos *et al.*, (2012) destacam que por conta das diferentes expressões e histórias de vida, as pessoas percebem distintamente este encadeamento e que esta diversidade se modifica historicamente ao longo do tempo.

[...] os modos como as pessoas compreendem a saúde e a doença, definem o que lhes faz bem ou mal, como buscam informações sobre saúde, e como procuram cuidar de sua saúde interfere no modo como se relacionam com os serviços de saúde e nas expectativas que têm a respeito deles – individual e coletivamente. Historicamente, também tem variado a maneira como as sociedades compreendem o processo saúde-doença, o que consideram saúde e o valor que lhe é atribuído dependendo do lugar social de cada grupo humano e, portanto, muda ao longo do tempo, o que socialmente se consideram como necessidade de saúde (p. 172).

Inconteste admitir que o referencial estritamente biológico seja insuficiente para abordar o processo individual ou coletivo de saúde-adoecimento nos diferentes grupos sociais, sobretudo, mediante a complexidade do universo aqui realçado. Portanto, trazer tais questões para o contexto de vida na rua, a produção do conhecimento e sobre os seus reflexos nas práticas sociais de saúde, pressupõe um entrecruzamento entre as várias abordagens, consideradas indispensáveis para explicar esse processo de adoecimento junto ao grupo social analisado (CAMPOS *ET AL.*, 2012).

Compreender aspectos relacionados à saúde da PSR mediante a perspectiva de Kahhale (2003) é também considerar que como um processo dinâmico, a saúde se constitui num “reflexo da capacidade de tolerância, compensação e adaptação de cada indivíduo, dos grupos e da sociedade em geral frente às condições ambientais, sociais, políticas e culturais nas quais estão inseridos” (p. 166) que não permite, portanto, dentro desse trajeto ativo e dinâmico de busca de equilíbrio, falar em saúde plena.

Historicamente, foram necessárias mudanças de paradigma acerca do conceito do modelo de saúde brasileiro que demandaram uma reestruturação na esfera teórico/prática visando modificar continuamente a concepção dos profissionais de saúde sobre o indivíduo e,

ao mesmo tempo, uma mudança na postura de atendimento às demandas de saúde que valorizasse o potencial das pessoas e o resgate da autonomia. Essas mudanças foram e vem sendo trabalhadas sistematicamente desde o advento do SUS em 1988 (BACELLAR *ET AL.*, 2012).

De acordo com Lira *et al.*, (2019) a universalidade como proposta defendida pelo SUS, pressupõe o direito de acesso irrestrito às ações e serviços de saúde, ao mesmo tempo em que visa reforçar a compreensão de saúde como direito universal, compreendido no rol de políticas sociais e econômicas de proteção social que devem ser garantidos pelo Estado. É neste sentido, que o SUS se destina a oferecer acesso ampliado e igualitário à saúde a toda população brasileira, desde os cuidados básicos até os mais complexos por meio dos seus princípios de integralidade, universalidade e equidade (BRASIL, 1990).

Todavia, afirmam Rosa *et al.*, (2006) que na prática, o empobrecimento da população brasileira influencia diretamente a qualidade de vida, as condições de saúde e o direito de acesso equânime às políticas públicas.

Ao se tratar de PSR deve-se, portanto, legitimar as suas vivências, as suas características culturais e respeitar as suas trajetórias de vida nelas compreendidas como quesitos indiscutíveis ao se constituírem como socialmente marginalizados:

[...] grupo historicamente excluído, que vivencia o estereótipo de renegadas, sem documentos, sujeitos e sem dignidade. Vivem à margem dos processos de inclusão e sofrem graus variados de vulnerabilidade e marginalidade no acesso aos bens e serviços, como trabalho, educação, habitação, transporte, lazer e saúde (LIRA *ET AL.*, 2019, p. 02).

Adiante, se encontram os registros das primeiras falas da PSR e de alguns servidores municipais que tratam das questões relacionadas ao direito de acesso à saúde, lembrando que todos os nomes apresentados ao final das transcrições são fictícios.

Quando se pensa em adentrar no universo das ruas, as expressões normativas ficam no espaço contrafactual. A realidade, por quase todos os ângulos que se possa olhar, expressa a indiferença, o medo, a repulsa e toda espécie de sentimentos que os “outros” guardam na intimidade (ou não) sobre esses indivíduos.

Ao serem indagados se já precisaram de cuidados, os entrevistados falaram sobre questões relacionadas ao preconceito devido à condição de rua. Os atendimentos relatados a seguir foram recebidos nos Serviços de Urgência da rede municipal de saúde, respectivamente, no PU Saldanha Marinho e no Hospital Ferreira Machado:

[...] o bicho era ignorante - risos [...] ah ele...bicho era ignorante, estúpido (Wesley -PSR, entrevista realizada no do Centro Pop em 09/12/2019).

[...] mandaram pro UPA, cheguei lá e fui fazê a ficha, a mulher falô ah lá da casa de passagem, não então cê aguarda um momentinho por favor...vai pegar, aí eu tô aguardando, tô aguardando e vinte e cinco minuto aguardando, aí daqui a pouco chega uma mulher de lá prá cá falando que o filho dela tinha machucado o pé, rapidinho a mesma que falou comigo fez a ficha pra ela, e pra mim não fez, tipo me senti ofendido com aquilo, tipo uma discriminação, que eu tinha chegado primeiro porque eles não tem como falar pra mim que não ia fazer uma ficha nem nada (Marcelinho – PSR, entrevista realizada no interior da Casa de Passagem em 16/09/2021).

Quando perguntado se achava que a dificuldade no atendimento teria se dado em razão do preconceito pela sua condição de estar na rua, o mesmo entrevistado afirmou que sim, e a partir de relatos comoventes e marcados por indignação me disse o seguinte:

[...] recusaram, recusaram eles nem de olhar pra mim direito, nem pedir ficha nem nada... eles conversavam, mas falava tudo de inventar desculpa...ah ha é porque a gente não tá atendendo, aqui a gente não faz isso, aí manda pra outro lugar, aqui também a gente não faz, manda prá outro lugar que também não faz, aí manda pro outro lado, pela minha situação né? Que é por isso, porque lá no Ferreira Machado eu já tinha chegado primeiro, eles mandaram eu sentar lá, não fizeram minha ficha, outra pessoa que chegou depois de mim ... toda bem vestida lá chegaram e atenderam. No Ferreira e no Saldanha aconteceu isso, entendeu? Aí eles atendeu, agora a mim mesmo se recusaram a atender... era lá acho que era discriminação, com certeza, hoje em dia o que cê mais vê na rua aí é tudo discriminação ... hoje em dia o preconceito não é tanto com preto mais não, hoje em dia o preconceito é com quem mora na rua, porque por causa de um todos paga, entendeu? (Marcelinho – PSR, entrevista realizada no interior da Casa de Passagem em 16/09/2021).

[...] porque se chega ali uma pessoa engravatada, um filho do prefeito, que chega ali uma pessoa que tem condição boa, chegou ali falando que é emergência que tá precisando disso, na hora eles atende, na hora... se souber que é morador de rua, falou que é morador de rua que tá em casa de passagem e tal, eles já fala logo que não tem atendimento não...volta outra hora, não, isso aqui a gente não faz aqui não, é tudo isso, eu falo mesmo é tudo um bando de filha da puta, eles atende ninguém não, hoje em dia o mundo é movido a dinheiro cê fala o que cê tem, se tem condição boa você é bem atendido, se você num tem nada é a mesma coisa se fosse um cachorro sem dono entendeu? (Marcelinho – PSR, entrevista realizada no interior da Casa de Passagem em 16/09/2021).

Sobre os relatos anteriores Elias & Scotson (2000) falam da indiferença reforçada diante da estigmatização vivenciada pelos que sobrevivem em condições de desamparo nas ruas. Fato este que os levaria a serem vistos como indesejáveis por parte daqueles que são designados como estabelecidos socialmente, ou seja:

[...] um aspecto da relação entre os estabelecidos e outsiders, associa-se, muitas vezes, a um tipo específico de fantasia coletiva criada pelo grupo estabelecido. Ela reflete e, ao mesmo tempo, justifica a aversão - o preconceito - que seus membros sentem perante os que compõem o grupo outsider (2000, p. 35).

Nesta concepção distorcida, as pessoas em situação de rua são sempre vistas como indesejáveis, mesmo nos espaços institucionais tomando como exemplo unidades públicas de saúde. Silveira (2012) chama atenção para o seguinte:

Os usuários das Unidades de Saúde não se sentem bem ao dividir o mesmo espaço; as famílias têm medo quando um deles está em frente à sua casa; os comerciantes querem vê-los longe para não espantar a freguesia; algumas políticas públicas querem tirar deles a liberdade de ir e vir para que não enfeiem a cidade (2012, p. 46).

Ainda sobre a sua dificuldade em ser atendido, Marcelinho continua narrando sobre o preconceito que enfrentou no PU da Saldanha Marinho, reforçando que não está vivendo na rua por opção e que os seus vínculos familiares se romperam por completo, condição recorrentemente destacada nas pesquisas como fator desencadeante ou mesmo de permanência de vida na rua. Deste modo, por meio de seus chocantes relatos, ele deixa evidente como a rua o coloca em situação de desigualdade e de exclusão:

[...] cheguei lá uma e meia da tarde e saí de lá umas seis da noite sentindo dor, aí deu seis horas da noite eu achei que eles iam passar um medicamento, ia avaliar meu pé se precisava fazer alguma coisa, o médico aquela cara de bunda, só olhou prá minha cara e falou... só toma isso aqui , você toma essa benzetacil aqui e voltarem, vai lá que eles vão fazer procê, passou isso aí pra mim, aí o pé eu num sentia nada, aqui pra baixo eu não senti nada, adormeceu tudo, saí escorando nas paredes, as vista escureceu tudo... eles me deram duas injeção que eu contei de benzetacil que eu contei, eu nunca vi a pessoa aplicar duas injeção de benzetacil... ninguém que eu já fui nesses posto, eu nunca vi aquilo não né? (Marcelinho – PSR, entrevista realizada no interior da Casa de Passagem em 16/09/2021).

[...] a maior parte deles é preconceito, é o preconceito mesmo, preconceito, eu num tô na rua porque eu quero não, primeiro porque aqui eu num tô no meu estado, segundo eu num tenho pai nem mãe, só tem meus irmão que tão em Minas e eu num tenho contato cum eles... perdi minha mãe no dia das mãe (Marcelinho – PSR, entrevista realizada no interior da Casa de Passagem em 16/09/2021).

Marcelinho continua a sua narrativa sobre a peregrinação na busca por cuidado no dia seguinte, tendo em vista que a situação do seu ferimento se agravou severamente, pois começou a apresentar, segundo ele, muita febre seguida de inchaço e de dor. Assustado, conta que teria sido levado novamente ao PU e a outras unidades de urgência no dia subsequente ao ocorrido por pessoas que realizam trabalhos caritativos na região do Jardim São Benedito, área central da cidade onde estava vivendo naquele período.

[...] no outro dia acordei pior, febre, dor de cabeça suando frio, a camisa aqui podia chegar de madrugada e fazer isso aqui, torcer, com febre e delirando... aí a gente foi nessas unidade toda de saúde, mas todas recusaram me atender... fim da história foi o que?É marcou prá amanhã no Ferreira... aí eles decidiu avaliar meu pé prá fazer uma cirurgia do meu pé prá tirar esse sangue repisado que tá aqui no meu pé porque aqui eu tô com pus dentro do tornozelo (Marcelinho – PSR, entrevista realizada no interior da Casa de Passagem em 16/09/2021).

[...] eu fui acompanhado, duas pessoas me segurando de um lado, outra de outro porque eu num tô aguentando nem botar o pé no chão... graças a Deus que me levaram lá porque senão já tinha morrido de tétano... um pé só num faz nada não, num é tão longe, mas na condição que eu tava, um pé já tava ruim e o outro já tava forçando, prá senhora vê que eu tô com essa canela aí mais fina do que a outra (Marcelinho – PSR, entrevista realizada no interior da Casa de Passagem em 16/09/2021).

Quando indagado sobre o que considera que precisa ser aperfeiçoado no atendimento às demandas de saúde da PSR, outro entrevistado recomenda que é preciso menos preconceito, mais respeito, mais humanidade por parte dos profissionais e para ilustrar o que considera desumano, relatou o que presenciou durante um atendimento prestado a um morador de rua pelo Corpo de Bombeiros.

Ainda sobre o acidente sofrido com o prego enferrujado que atingiu seu pé violentamente e, de como existem dificuldades na prestação dos primeiros socorros quando se trata de quem vive nas ruas, novamente, a narrativa feita por Marcelinho expõe a negligência do serviço de atendimento pré-hospitalar denominado Emergência em Casa mantido pela prefeitura de Campos.

[...] De madrugada começou a chover eu acordei pra mim tirar as coisa, aí tinha um colchão velho lá com os pregos enferrujados que tava lá que a gente tava usando pra, prá fazê lenha pra fazê café, fazer comida entendeu?...pisei com tudo quase vazô no pé aqui do otro lado...começô a miná aquele sangue... aí eu fui lá e pedi ajuda mas num tinha ninguém pra mi leva até o posto. De manhã muita dor, muita dor nossa senhora, na hora dó muito... chamaram a ambulância mais se recusaram atender... é morador de rua? É cachaceiro, vai embora, deixa isso... aí falaram, é morador de rua, ah então deixa aí, é cachaceiro, isso aí num adianta não, compensa não... não me deram atendimento não, fiquei muitos e muitos dia, imagina, duas semanas sentado em cima duma cama sem levantar, iscorando com dois cabo de vassoura porque não tomou remédio nenhum...fiquei sofrendo dez dia lá em cima da cama lá com febre e dor no pé, quase morrendo (Marcelinho – PSR, entrevista realizada no interior da Casa de Passagem em 16/09/2021).

[...] era só eles tratarem o morador de rua com mais respeito né? porque muitos chega aí e a primeira coisa que fala é o cara tá bêbado, o cara tá doido... num importa a forma que a pessoa tá, igual ocorreu um fato aí, eu nem sei quem é o cara não, o cara tava passando mal ali, vieram socorrer ele e falaram que quando ele fosse passar mal, era prá ele beber em casa porque prá ele num dá trabalho prá, pro atendimento deles, mais eu num conheço o cara também, num sei o que aconteceu e tava... (inaudível) ele precisou de um socorro né? E ali é uma vida né? Não é um animal, é um ser humano (Wesley – PSR, entrevista realizada no Centro Pop em 09/12/2019).

Ao serem perguntados sobre o acionamento dos serviços de atendimento pré-hospitalares, os profissionais do Consultório na Rua de Campos que frequentemente os utilizam para remoção de usuários da rua para pontos da rede assistencial pública, quando necessitam de cuidados mais complexos, validam os testemunhos acerca da dificuldade dos profissionais de saúde independente de categoria profissional, em reconhecerem as especificidades de quem tem a rua como domicílio, não possui endereço e muitas vezes sequer documentos pessoais.

Em caso de remoção acionamos o 192 (emergência em casa), onde em sua maioria os pacientes são encaminhados para o HGG ou PU Psiquiátrico. De início, enfrentamos uma resistência maior [...] digo com convicção que foi um trabalho árduo e de resistência para fazer com que os profissionais entendessem que a rua é

o local de moradia deles, e que por esse motivo, mesmo sendo uma equipe para atender demandas domiciliares, aquele era o domicílio do meu paciente. Mas com o passar dos meses e das solicitações, temos conseguido ter mais resolutividade durante esses chamados. Com o tempo temos conquistado o nosso espaço e, sobretudo, dado espaço a esses que até então viviam na invisibilidade (Bárbara-profissional do CnaR em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021).

Então, essa é uma questão que algumas vezes nos deixam bem triste pelo fato da nossa equipe ter que “brigar” por um atendimento. De fato, tem demandas que não conseguimos solucionar, então, precisamos da rede como apoio.

Em caso de urgência/emergência nossa equipe aciona o 192 para a remoção do usuário. Em alguns dos chamados já chegamos a ouvir que o atendimento é só para emergência em casa mas, sabemos que a casa de PSR é a rua (Róbson, profissional do CnaR em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021).

Sobre as dificuldades encontradas pelos profissionais do CnaR quando da necessidade de remoção, segue o relato de ocorrência durante a qual, o serviço municipal de remoção pré-hospitalar, o “Emergência em casa - 192” fez objeções em atender à solicitação da equipe.

No dia 06 de janeiro de 2022 foi realizado uma solicitação para a Equipe Consultório na Rua via ligação telefônica, pedindo para executarmos um atendimento em localidade central da cidade sob a alegação de que uma pessoa em situação de rua apresentava lesões provenientes de uma possível escabiose estendida aos membros inferiores, superiores, bem como mãos, pés e rosto.

O usuário informou que não se tratava do primeiro episódio desse quadro clínico, porém informou que o prurido estava o incomodando com mais intensidade comparado as outras vezes, além da permanência contínua de moscas que posavam nos locais lesionados, corroborando mais ainda para aumentar o seu desconforto.

*Além das lesões na pele foi também observada a **limitação da parte motora** que dificultava sobremaneira a sua locomoção, sendo possível realizá-la somente de modo que **o mesmo precisava se arrastar no chão para se locomover**.*

Diante das avaliações clínicas realizadas pela equipe de saúde do CnaR, averiguamos a necessidade de acompanhá-lo para alguma unidade hospitalar.

Após aceitação do usuário, solicitamos o serviço pré-hospitalar de remoção 192 que relutou em se dirigir ao local e somente após algumas horas de espera, compareceram um motorista e um técnico de enfermagem, vale ressaltar que o comportamento de ambos profissionais foi extremamente desrespeitoso, tratando com descaso o usuário por meio de palavras, gestos e ações grosseiras, fazendo com que a pessoa que já possuía debilidade física, como já mencionado anteriormente, fosse até a ambulância deambulando, não se sensibilizaram com sua dificuldade, sendo somente oferecido amparo para subir no transporte que foi em seguida direcionado para o PU Saldanha Marinho, acompanhado pela equipe do CnaR. (Equipe do Consultório na Rua, 06/01/2022).

Por meio da figura seguinte, são mostrados alguns registros fotográficos de intervenções da equipe do CnaR no território quando foram necessários encaminhamentos de pessoas em situação de rua aos serviços de saúde de urgência locais.

Figura 6 - Registro fotográfico do trabalho de acompanhamento da PSR aos serviços de urgência.



Fonte: Fonte: Instagram do CnaR de Campos dos Goytacazes/RJ⁴⁰.

Além do relatório anterior, os profissionais do CnaR narraram à pesquisadora outra situação em que encontraram dificuldades para socorrer uma pessoa em situação de rua. O fato se deu no dia 27 de abril de 2022 às 18h e 30m, quando nas cercanias do Campo de Futebol do Goytacaz (área central da cidade), abordaram um usuário que apresentava sinais e sintomas tais como: febre, diarreia, colúria, vômito e perda de mobilidade dos membros inferiores.

A equipe relatou que durante a verificação dos sinais vitais observou a elevação da frequência cardíaca, diminuição da temperatura corporal e desidratação, além de uma extensa área corporal acometida por escabiose e lesões secundárias que acarretavam agravantes importantes ao quadro inicialmente descrito. O usuário em destaque informou que faz uso de múltiplas substâncias psicoativas, disse estar inapetente e enfraquecido, momento em que solicitou auxílio para a internação hospitalar, dizendo estar se sentindo muito mal.

Foi acionado o suporte do 192, todavia, mediante a negativa no envio da ambulância, situação recorrente quando se trata de pessoas em situação de rua, foi realizado contato telefônico com 193 (Corpo de Bombeiros) que após bastante resistência, enviou ambulância. Ao chegar ao local, somente após uma breve discussão entre a equipe do CnaR e o médico

⁴⁰Fonte: Página do instagram da equipe do CnaR de Campos dos Goytacazes/RJ. Disponível em: https://www.instagram.com/cnarua_campos_rj/?igshid=YmMyMTA2M2Y=. Acessado em: 13/07/2022.

dos Bombeiros que questionava veementemente sobre a necessidade de levá-lo, que deu-se a remoção para o pronto atendimento do PU Saldanha Marinho.

O desfecho da ocorrência narrada foi que diante da carência de medicamentos no PU, a falta de vagas para internação hospitalar e acolhimento em abrigos municipais no pós alta, o usuário ainda na mesma noite retornou à calçada em condições débeis. Eis o relato da equipe do CnaR:

No dia seguinte retornamos à unidade de saúde para obtermos notícias do Sr. Celso⁴¹. Fomos comunicados que ele não se encontrava mais no local, ao sairmos, nos deparamos com ele ao lado de fora da unidade, sentado na calçada sem lençol, agasalho ou colchonete. Segundo seu relato, teria sido muito maltratado e não recebeu medicação alguma, a não ser dois frascos de soro. De acordo com alguns profissionais que conversaram conosco, na unidade não há disponibilidade de muitos medicamentos, exames laboratoriais ou de imagem, além disso, não há vagas em serviços de referência hospitalar para onde pudessem encaminhá-lo para tratamento.

Ainda assim, conversamos com o Sr. Celso e novamente explicamos sobre a necessidade de tentar uma hospitalização, tendo em vista às suas precárias condições de saúde, mais uma vez ele se mostrou resistente e não aceitou.

Os seus problemas de saúde se agravam rapidamente por conta dos determinantes sociais, especialmente no que se refere ao uso de substâncias psicoativas e a fragilidade das relações familiares.

Outra dificuldade é a carência de suporte da rede pública de saúde municipal, tendo em vista a resistência de alguns profissionais em oferecer atendimento adequado e humanizado às demandas da População em situação de Rua (PSR), de modo a garantir o direito de acesso ao cuidado, as falas são sempre marcadas por estigma e preconceito, criam-se inúmeras barreiras. (Equipe do Consultório na Rua, 27/04/2022).

Neste contexto, Martins (2004b) considera que o profissional de saúde atuante na assistência deve trazer na sua formação um perfil que proporcione postura mais humanizada, com boa qualidade interacional e que extrapole as questões de ordem técnica, pois, para “[...] além das ações e procedimentos técnicos ligados à sua área específica, estabelece sempre, com as pessoas que atende relações interpessoais. Seu trabalho depende, portanto, da qualidade técnica e da qualidade interacional” (p. 21).

De acordo com o mesmo autor, a formação dos profissionais de saúde carece, portanto, privilegiar não somente o conhecimento científico e tecnológico, como também, o conhecimento de natureza humanística e social, suficientes para desenvolver formas de cuidado a partir da formulação de projetos que respeitem as singularidades dos indivíduos em situação de rua. Neste sentido, defendem Campos *et al.*, (2012, p. 144) que “[...] “a formação é, sobretudo, a condição de fazer permanentemente as relações profissionais com os usuários de modo responsável e comprometido”.

⁴¹ Nome fictício.

Porém, o que se observa na prática na maior parte das vezes, é que o estudo das questões que envolvem o corpo, a saúde, a doença e a terapêutica, esbarra em condições que sob a análise de Campos *et al.*, (2012), estão ligadas ao preconceito acerca da desvalorização das narrativas que acompanham os sinais e sintomas de grupos estigmatizados, da degradação dos corpos e da banalização da baixa qualidade de vida observada nos grandes centros urbanos, tendo como exemplo a PSR.

Neste sentido, há estudos que datam desde o século XIX sobre a persistência das desigualdades sociais no âmbito da saúde e, em boa medida, reforçam a existência da relação entre desigualdades em saúde e classe social de pertença, “[...] as desigualdades em saúde e outras variáveis associadas à condição de classe como, por exemplo, o rendimento, a escolaridade, a posição profissional, a exposição a fatores de risco no trabalho, as condições de alojamento, o tipo de alimentação e os estilos de vida” (TAVARES, 2016, p. 75).

As informações disponíveis na subseção seguinte partem de estudos de âmbito nacional até o municipal, além de trechos de entrevistas realizadas com pessoas em situação de rua na cidade em tela e de informações registradas no diário de campo da pesquisa.

O último levantamento oficial sobre PSR em Campos dos Goytacazes/RJ foi realizado pela equipe técnica do Centro Pop no período compreendido entre os dias 07 e 30 de maio de 2019, momento pré-pandemia da Covid-19⁴² em que foram contabilizadas 131 pessoas em situação de rua. O estudo teve como objetivo principal apresentar um diagnóstico situacional referente à PSR de Campos; além de discutir a realidade do grupo, quantificar e aprofundar conhecimentos sobre os seus modos de vida; identificar desafios e recomendações que contribuíssem no fomento de reflexões acerca da formulação de políticas públicas de combate à vulnerabilização.

Adiante, foram organizadas subseções que objetivam ressaltar os perfis socioeconômicos, as concepções por parte da PSR sobre saúde-adoecimento-cuidado, o acesso aos serviços da rede pública de saúde, além de outras questões de relevo que nos permitiram a compreensão das nuances do universo populacional investigado.

⁴² Fonte: G1 do jornal O Globo. Com a chegada da pandemia houve o agravamento da situação socio sanitária da população de modo geral em todo o país. De acordo com o site de notícias G1, um homem de 61 anos residente na capital paulista foi considerado o primeiro registro de contaminação da doença no país e, de acordo com o mesmo veículo de informação, o município de Campos dos Goytacazes (RJ) confirmou dia 23 de março de 2020 o registro do primeiro caso confirmado de Coronavírus. Já o primeiro óbito em território nacional pela Covid-19 foi de uma mulher de 57 anos, também na capital paulista. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/08/26/primeiro-caso-confirmado-de-covid-19-no-brasil-ocorreu-em-sp-e-completaseismeses-nesta-quarta.ghtml>. Acessado em: 02/06/2021.

3.3 Perfil socioeconômico da PSR e os motivos de ida para as ruas

A existência de pessoas em situação de rua no Brasil é um fenômeno secular que representa uma das grandes expressões dos processos de exclusão econômica, política e social acentuados em meados do século XX diante do êxodo rural e dos processos migratórios, ocorridos, especialmente, no auge da industrialização que levou grandes contingentes populacionais para a região Sudeste do país (NOBRE *ET AL.*, 2018).

Embora o fenômeno social da PSR não seja exclusividade brasileira e não tenha origem na contemporaneidade, sabe-se estar fortemente atrelado às constantes transformações econômicas e políticas da sociedade pós-industrial. Fenômeno este sustentado pela precarização das relações trabalhistas, pela individualização e pelo desemprego sendo algumas das suas características centrais, conforme assinala Rizzini (2011). Para a autora, o agravamento da questão socioeconômica têm acarretado consequências perversas e são responsáveis pela divisão social em classes, desigualdade e apropriação injusta da riqueza produzida.

Sob essa mesma ótica, Argiles (2012) chama atenção para as transformações econômicas, políticas e tecnológicas que circundam a sociedade moderna e que estas mudanças estariam levando constantemente parcelas da população à desqualificação e à consequente dificuldade de acesso a condições dignas de trabalho com impactos diretos sobre a esfera das relações familiares. Como resultado das rupturas ou da fragilização dos vínculos, mudanças profundas estariam ocorrendo na vida dos indivíduos provocando o isolamento, o nomadismo, além de outras alternativas à reprodução da vida social.

Para Frias *et.al.*, (2016), um dos grandes problemas das populações em situação de rua está relacionado à moradia, principalmente nas grandes cidades, tendo em vista o crescimento desordenado devido à falta de investimento em políticas habitacionais para as camadas mais pobres, acumulando grande déficit habitacional.

A solução encontrada por este contingente populacional para o problema é fazer da rua sua casa, desse modo, muitos improvisam moradias provisórias com a utilização de materiais recicláveis como plásticos e papelões já outros, recorrem aos abrigos e casas de acolhida para pernoite.

A introdução dessa temática, a partir dos dados nacionais destacados, permite chamar a atenção para um problema de ordem global e que não poupa nem mesmo países de economia central da Europa e da América do Norte, entre os exemplos, chamamos a atenção para França, Alemanha e os Estados Unidos.

Segundo a Organização Não Governamental (ONG) *homelessworldcup.org*⁴³, em 2012, 141.500 pessoas viviam nas ruas francesas, configurando uma elevação de 50 % em comparação ao ano de 2001. Com relação a Alemanha, em 2017, excluindo refugiados, estariam nas ruas alemãs em torno de 335.000 a 420.000 pessoas e, por fim, nos Estados Unidos da América (EUA) de acordo com o Departamento de Habitação e Desenvolvimento Urbano, estima-se que até o final de 2017, mais de 553.700 pessoas estavam desabrigadas nos EUA e marcou o primeiro aumento em sete anos, entretanto, o percentual ainda era 13% menor do que em 2010, (BBC, 2017). Contudo, as estimativas não oficiais de desabrigamento total, variaram de 1,6 milhão a 3,5 em 2009, (NCH, 2009).

A título de ilustração, a respeito da gravidade da situação da PSR em outros países, de acordo com a *homelessworldcup.org*, com relação a região da Ásia e Oceania, havia no período de agosto de 2016, 116.427 pessoas em situação de rua na Austrália, trata-se assim, de um aumento de 13,7% desde 2011. Por noite, uma em cada 200 pessoas na Austrália são desabrigadas (Sem-teto Austrália, 2017).

Dados oficiais do governo japonês mostram que o número de pessoas sem-teto está em 4.977, mas as organizações sem fins lucrativos afirmam que o número real pode ser duas ou três vezes maior (Japan Times, 2018).

Já na Índia, país mais populoso do mundo, estima-se que existam 1,8 milhão de desabrigados, com 52% de pessoas em áreas urbanas. Outras 73 milhões de famílias não têm acesso a moradias decentes (IGH, 2018; Habitat, 2019).

Ainda conforme informações divulgadas no site da *homelessworldcup.org*, no que diz respeito ao continente africano, na África do Sul desde 2015, haveria em torno de 200.000 pessoas em situação de rua vivendo sozinhas e, a desigualdade maciça é desenfreada computando cerca de 79% da população sobrevivendo sob a linha da pobreza (DW, 2019).

Na América do Sul, na vizinha Argentina estima-se que 8.000 pessoas estejam vivendo nas ruas da capital, com 198.000 pessoas na cidade vivendo em "extrema pobreza" (AP News, 2019). No Chile, uma contagem de pessoas em situação de rua foi concluída pela última vez em 2011 e o número alcançado foi de 12.255 (OCDE). Quanto ao percentual da população abaixo da linha de pobreza, em 2017, foi encontrado o percentual de 8,6% (Banco Mundial, 2017).

Esta subseção apresenta também, além dos números mundiais, dados nacionais desde os

⁴³ Fonte: Estatísticas Globais de Desabrigamento. Disponível em: <https://homelessworldcup.org/homelessness-statistics/>. Acessado em: 10/06/2022.

mais recentes até os divulgados pelo I Censo e Pesquisa Nacional sobre a PSR publicados em 2009 que englobou 71 cidades brasileiras e a partir do qual foi possível identificar a presença de quase 32 mil pessoas acima de 18 anos vivendo nas ruas do país. Além da Pesquisa Nacional, novos números de 2015 conrabilizaram a existência de 122.890 mil pessoas em situação de rua no Brasil concentradas em municípios de grande porte (acima de 100 mil habitantes) (NATALINO, 2016).

Pesquisa universitária recente, demonstrou que a população de rua na cidade de São Paulo é 30% maior do que indicou o censo realizado durante o ano de 2019 e divulgado em 2020 pela prefeitura, período pré-pandêmico que estimou a população de rua em 32 mil pessoas⁴⁴. Ao contrário do que afirmam as estatísticas oficiais, levantamento feito pelo programa Polos Cidadania da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)⁴⁵ estimou em 42 mil pessoas o número de pessoas em situação de rua na capital paulista. A pesquisa revela ainda que só em 2022, até maio, 5.039 pessoas foram viver nas ruas da cidade.

Ainda de acordo com o programa Polos Cidadania da UFMG, no final de maio de 2022 estariam vivendo nas ruas de algumas capitais os seguintes contingentes: Belo Horizonte (MG) 10.241 pessoas, Brasília (DF) 6.339, Salvador 5.561, Fortaleza (CE) 4.896, Curitiba (PR) 3.020, Porto Alegre (RS) 2.363, Boa Vista (RR) 1.798 e Florianópolis (SC) 1.498.

No que se refere à capital fluminense, um levantamento realizado pela prefeitura durante o ano de 2016 e divulgado em 2017 revelou aumento expressivo do quantitativo de pessoas vivendo nas ruas. Ao final do período averiguado, os números da cidade do Rio de Janeiro chegaram a 14.279 pessoas, praticamente triplicando desde 2013⁴⁶, ou seja, uma elevação de 156%.

De acordo com a Secretaria Municipal de Assistência Social, o Censo de População em Situação de Rua da Cidade do Rio de Janeiro de 2020, revelou a existência de 7.272 pessoas desabrigadas na cidade, dos quais, segundo a pasta da secretaria de assistência social 75,2% (5.469) nas ruas e 24,8% (1.803) em unidades de acolhimento da prefeitura, sendo que (752) pessoas responderam terem ido para as ruas depois do início da pandemia provocada

⁴⁴Fonte: Prefeitura de São Paulo. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/justica/noticias/?p=292421>. Acessado em: 10/06/2022.

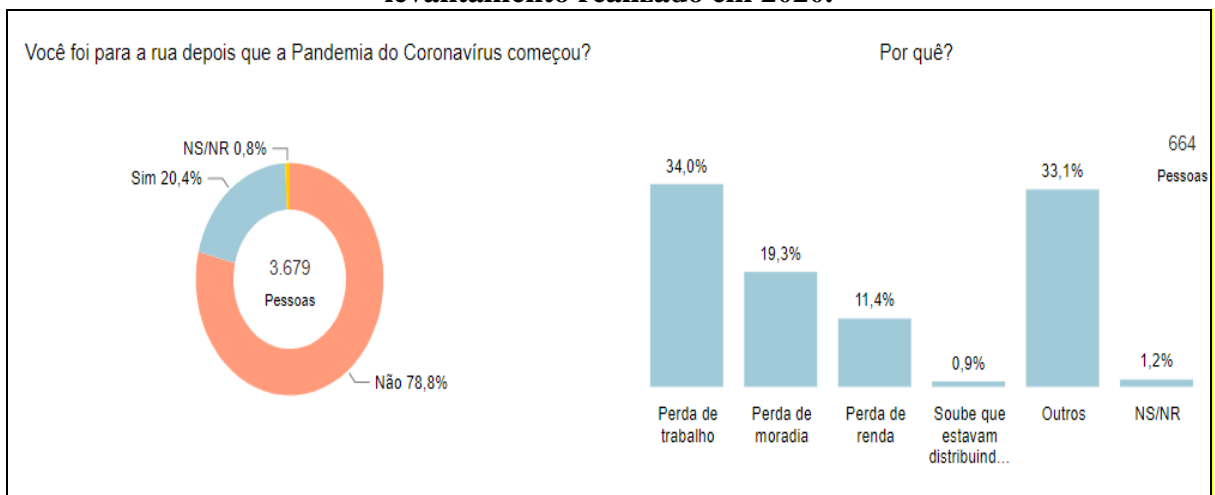
⁴⁵Fonte: G1 – jornal hoje. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2022/06/09/pesquisa-mostra-que-populacao-de-rua-na-cidade-de-sp-e-30percent-maior-do-que-indica-censo-municipal-numero-chega-a-42mil-pessoas.ghtml>. Acessado em: 10/06/2022.

⁴⁶Fonte: CBN rádio globo. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/prefeitura-do-rio-fara-levantamento-de-moradores-de-rua-e-oferecera-cursos-profissionalizantes.ghtml>. Acessado em: 25/05/2018.

pela Covid-19, aproximadamente 20% do total de pessoas recenseadas⁴⁷.

Outro censo executado pelo Instituto DATA.RIO no ano de 2020, evidenciou exclusivamente, acerca dos impactos da Covid-19, que do total dos 3.679 entrevistados 20,4% afirmaram terem ido parar nas ruas da capital após o início da pandemia. Acerca dos outros motivos que os teriam levado a viver nas ruas, a figura seguinte ilustra que dos 664 respondentes no mesmo estudo, 34% alegaram perda de trabalho, 33,1% outros motivos, 19,3% perda de moradia e, 11,4% perda de renda, circunstâncias claramente interligadas. As informações podem ser conferidas a seguir na figura 7.

Figura 7 - Trajetória de ida para as ruas na cidade do Rio de Janeiro com base em levantamento realizado em 2020.



Fonte: Data.Rio. Censo PSR Rio de Janeiro de 2020⁴⁸.

Já com relação à cidade investigada, informações divulgadas após levantamento realizado pela SMDHS, como já mencionadas preliminarmente, revelou que o número de pessoas em situação de rua na cidade cresceu cerca de 30% em relação ao mesmo período de 2015, atingindo 122 pessoas em agosto de 2016.⁴⁹ Em 2019, também conforme já mencionado, a SMDHS divulgou a existência de 131 pessoas em situação de rua.

⁴⁷Fonte: Agência Brasil. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2021-08/pandemia-aumenta-numero-de-moradores-em-situacao-de-rua-no-rio>. Acessado em: 15/03/2022.

⁴⁸Fonte: Data.Rio. Censo PSR Rio de Janeiro. Disponível em: <https://psr2020-pcrj.hub.arcgis.com/pages/resultados>. Acessado em: 22/02/2022.

⁴⁹Fonte: G1 Norte Fluminense em 19/08/2016. População de rua tem aumento de cerca de 30% em Campos, no RJ. Disponível em: <http://g1.globo.com/rj/norte-fluminense/noticia/2016/08/populacao-de-rua-tem-aumento-de-cerca-de-30-em-campos-no-rj.html>. Acessado em 20 de novembro de 2017. Vale ressaltar que não há números recentes para o município pesquisado.

Localizada na área central da cidade de Campos, a missão Bom Samaritano⁵⁰, projeto vinculado à igreja Católica e atuante junto à PSR desde maio de 2019, disponibiliza ao grupo sanitários para realização de higiene pessoal, doações de roupas e de alimentos, serviços de barbearia, entre outras atividades; exclusivamente desenvolvidas por voluntário(a)s.

Por meio do levantamento das informações encontradas nas fichas de identificação dos frequentadores do projeto que foi finalizado no dia 01 de agosto deste ano, tive acesso na data de 04 de agosto de 2022 durante visita institucional a tais informações e, constatou-se a ocorrência de 282 pessoas em situação de rua frequentando ativamente a casa desde 2021.

O número de PSR atualizado pelos voluntários religiosos, revelou um quantitativo maior que o dobro se compararmos às 131 pessoas em situação de rua informadas pela SMDHS (152 pessoas a mais) no ano de 2019. Vale destacar que o projeto Bom Samaritano, compilou informações apenas a partir dos frequentadores da casa, e não de toda PSR de Campos como fez o Centro Pop.

Deste modo, com o auxílio dos números do Bom Samaritano, a presente pesquisa revela que houve não só a elevação do número de pessoas em situação de rua se comparados aos divulgados oficialmente pela prefeitura de Campos desde 2019, mas também sinaliza para a possibilidade de que as estatísticas oficiais tenham sido subnotificadas. Tendo em vista que de acordo com o relatório divulgado à época pelo Centro Pop, o levantamento realizado teria contabilizado a PSR total da cidade.

Retomando o perfil da PSR, com relação às informações trazidas pela pesquisa nacional de 2008, a figura 8 resumidamente demonstra que 70% dos entrevistados exercia alguma atividade remunerada e que, dentre os principais motivos que os teriam levado à condição de rua figuravam o alcoolismo, o desemprego e os conflitos familiares, respectivamente 35,5%, 29,8% e 29,1%. Sobre as condições de saúde, 29% alegaram ter algum problema.

Com base na pesquisa nacional sobre população em situação de rua a figura seguinte revela também um universo predominantemente composto por homens 82%, sendo a proporção de negros 67% consideravelmente maior do que o percentual de negros na

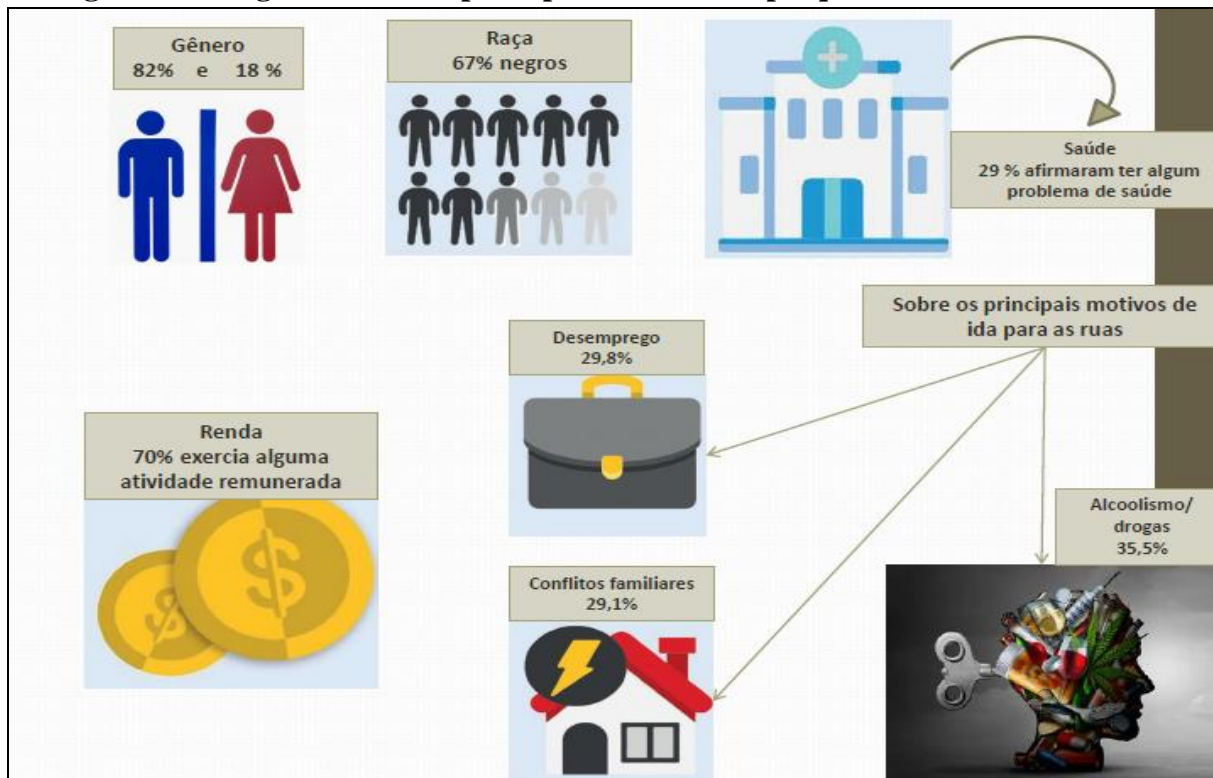
⁵⁰O Centro de Promoção Humana Bom Samaritano, de acordo com informações cedidas pelo projeto, se trata de trabalho voluntário prestado pela Diocese de Campos, com a supervisão do Monsenhor Leandro Diniz e a Coordenação do Diácono Marcio Kleber de Souza Freitas. O atendimento é feito à Rua Félix de Miranda, 46 – Centro Campos dos Goytacazes/RJ.

população brasileira 50,7% como mostrou o Censo Demográfico (2010)⁵¹.

A maior parte da população analisada no estudo era composta por trabalhadores que exerciam alguma atividade remunerada 70%, o que desqualifica o predominante imaginário popular de que viver na rua é sinônimo de ociosidade.

No que diz respeito aos principais motivos que os levaram à situação de rua se destacaram: desemprego 29,8%, conflitos familiares 29,1% e alcoolismo/drogas 35,5% (BRASIL, 2008a).

Figura 8 - Infográfico com os principais achados da pesquisa nacional sobre PSR.



Fonte: Elaboração da autora, com base nas informações da pesquisa nacional sobre PSR. (BRASIL, 2008a).

Divulgado em 2020, outro levantamento realizado entre setembro de 2012 e março de 2020 por meio dos registros no Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal, estimou em 222.869 o número de pessoas vivendo nas ruas brasileiras, evidenciando desse modo um crescimento de 140% da PSR no país (NATALINO, 2020). Ainda de acordo com o autor, para a realização da nova sondagem a metodologia utilizada em 2020, reproduziu-se o modelo geral utilizado para a pesquisa de 2015, entretanto, como principal novidade, incorporou à nova estimativa uma dinâmica temporal que, a partir de agora, permite a atualização periódica dos dados. Incluiu também a estruturação de registros mensais de

⁵¹Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico de 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>. Acessado em: 18/05/2018.

atendimento socioassistencial (RMA) e de abordagem social na rua; bem como a ampliação da série histórica de dados oficialmente reportados anualmente ao Ministério da Cidadania pelos municípios.

Trazendo esse formato da pesquisa sobre a PSR para a conjuntura pandêmica causada pela Covid-19, a título de ilustração, a Secretaria Municipal de Assistência Social da cidade do Rio de Janeiro, realizou o censo bianual da PSR entre os dias 26 e 29 de outubro de 2020. O levantamento identificou 7.272 pessoas em situação de rua, das quais 75,2% (5.469) estavam nas ruas e 24,8% (1.803) em unidades de acolhimento e comunidades terapêuticas. O censo mostrou ainda que 752 pessoas nessa condição responderam terem ido para as ruas depois do início da pandemia causada pela Covid-19 e, de acordo com a pasta, significa dizer que a pandemia ocasionou um aumento expressivo da PSR no município do Rio de Janeiro no período.

O perfil encontrado consistiu predominantemente de homens negros com idade entre 18 e 49 anos. Dentre as principais causas que levaram as pessoas a condição de estar vivendo nas ruas ou em unidades de acolhimento constaram: conflitos familiares, incluindo separação, alcoolismo e/ou uso de drogas, demissão do trabalho/desemprego ou perda da renda⁵².

Vale mencionar que a PSR padece de uma invisibilidade, tanto para as pessoas quanto para os órgãos oficiais de contagem populacional pois, de acordo com o Movimento Nacional da PSR, os censos realizados pelo IBGE e as demais pesquisas por amostragem de domicílio, não as registram, muito menos quando se trata da questão e gênero e raça. Neste sentido, as poucas informações existentes seriam obtidas por meio de pesquisas realizadas pelos municípios ou universidades.

Quanto ao recorte de gênero, a pesquisa sobre PSR realizada em Campos em maio de 2019 pela SMDHS/Centro Pop, revelou a prevalência de homens com percentual de 82,44%, valor semelhante ao da Pesquisa Nacional realizada em 2008 que apontou 82% de homens em situação de rua. Uma diferença quantitativa que coloca em condições de desigualdade as mulheres nos quesitos formulação e acesso às políticas públicas tal qual observam Krenzinger *et al.*, (2017).

Quanto à faixa etária, acessaram o serviço do Centro Pop em Campos pessoas maiores de 18 anos com destaque para a faixa compreendida entre 27 e 43 anos totalizando 56,49% das 131 pessoas escutadas. Já com relação ao estado civil, 75% dos entrevistados se

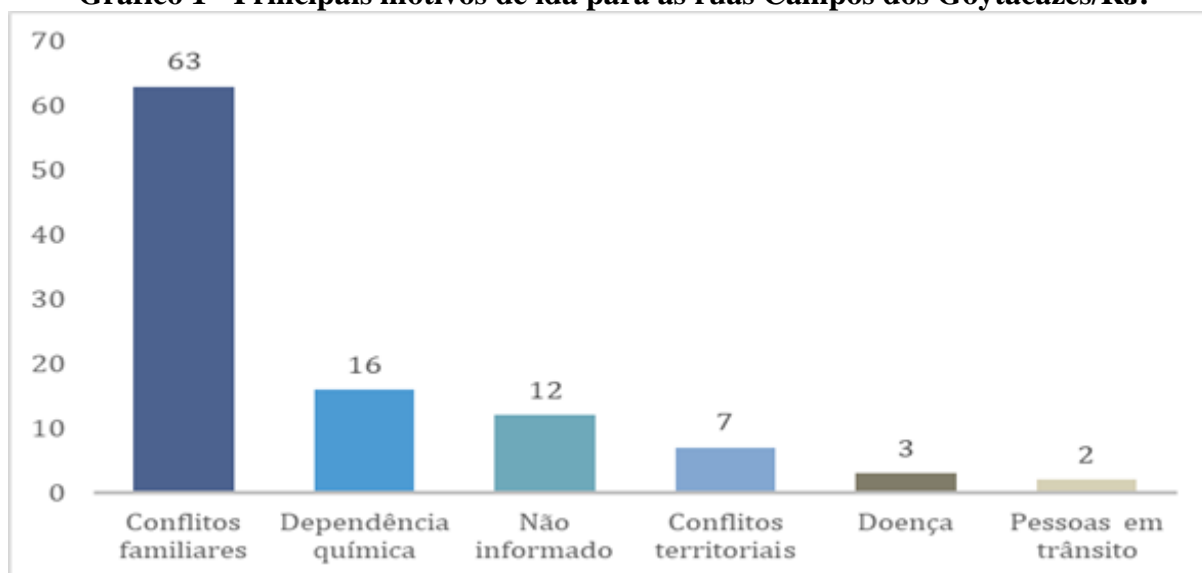
⁵²Fonte: Agência Brasil. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2021-08/pandemia-aumenta-numero-de-moradores-em-situacao-de-rua-no-rio>. Acessado em: 20/08/2021.

declararam solteiros e, quanto à naturalidade, a maioria das pessoas 44,27% se disse natural de Campos dos Goytacazes (SMDHS/Centro Pop, 2019).

Quando se trata de gênero e do uso de substâncias psicoativas, novamente, ao olharmos para os números da Missão Bom Samaritano podemos comparar os perfis da PSR local com o cenário nacional e percebermos que se mantém os mesmos padrões. De acordo com a instituição religiosa, no primeiro semestre de 2022 foram registrados 737 banhos masculinos no local e 322 femininos o que evidencia uma predominância masculina nas ruas. Sobre o uso de substâncias, sem considerar o uso de tabaco, levantamento estatístico feito pela missão entre os meses de maio a julho de 2019, mostrou que das 205 pessoas respondentes à época, 100 admitiram uso de algum tipo de substância, 78 disseram que não, e outras 27 não informaram. No que se refere à faixa etária, encontrou-se a maior parcela das pessoas entre as idades de 21-50 anos totalizando 79 pessoas.

Com relação ao vínculo familiar, o levantamento do Centro Pop (2019) revelou que 67% das pessoas declaravam possuir algum tipo de vínculo familiar, ainda que fragilizado. O número se torna curioso tendo em vista que o mesmo estudo revelou que um dos maiores motivos de ida para as ruas estaria relacionado aos conflitos no lar (63 pessoas das 131 ouvidas). O gráfico 1 ilustra os principais motivos para essas pessoas buscarem morada nas ruas da cidade.

Gráfico 1 - Principais motivos de ida para as ruas Campos dos Goytacazes/RJ.

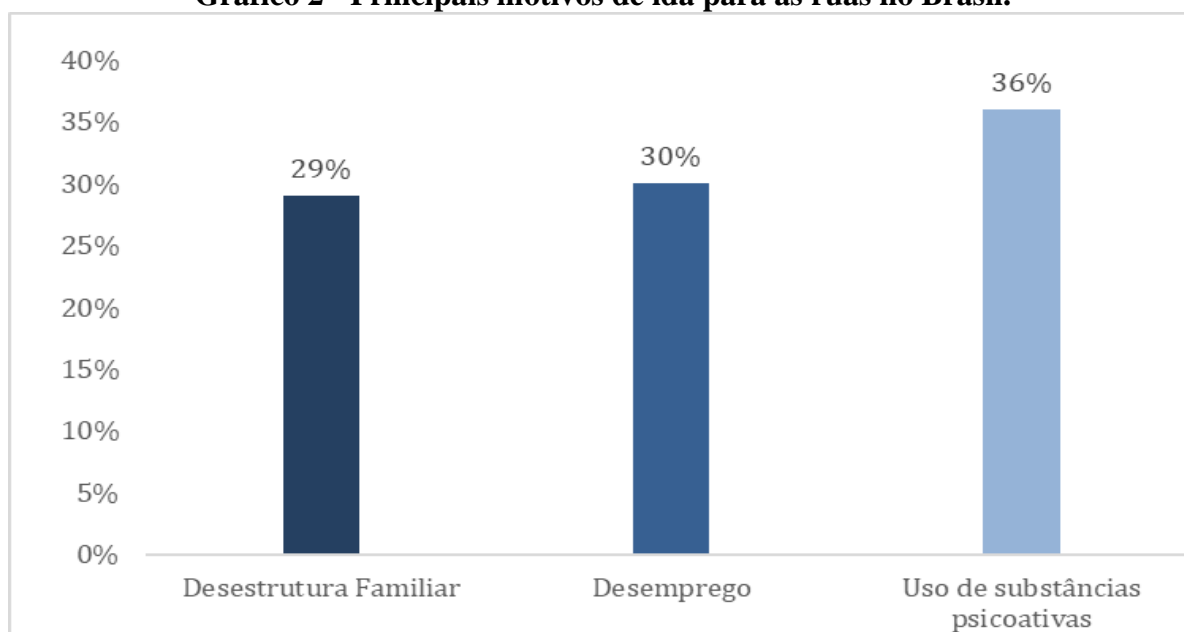


Fonte: Organização da autora, com base no Relatório de pesquisa amostral realizada de 07 a 30 de maio de 2019 pela SMDHS/Centro Pop Campos dos Goytacazes/RJ.

Mesmo com intervalo de dez anos entre uma pesquisa e outra, os números observados em Campos dos Goytacazes/RJ em 2019 conforme mostra o gráfico 1 coadunam com a

Pesquisa Nacional divulgada em 2008 (ver gráfico 2 na sequência), na qual foram revelados os principais motivos pelos quais as pessoas foram viver nas ruas. Dos entrevistados no Censo Nacional 71,3% citaram pelo menos um desses três motivos que podem estar correlacionados entre si ou ser consequência um do outro⁵³.

Gráfico 2 - Principais motivos de ida para as ruas no Brasil.



Fonte: Organização da autora, com base no Manual sobre o Cuidado à saúde junto à população e Situação de Rua (2012) com base na Pesquisa Nacional sobre PSR, Meta/MDS, 2008a.

A fim de ilustrar o perfil demonstrado no gráfico anterior sobre a psicodinâmica de ida e de permanência nas ruas, correlacionado ao uso de substâncias psicoativas e aos desentendimentos familiares como fatores determinantes nesse processo; tem-se a seguir a transcrição da fala de uma pessoa com 30 anos de idade sobre o seu envolvimento com substâncias lícitas/ilícitas. Porém, vivendo nas ruas há mais de um ano e meio, informa a manutenção de vínculo com a família por meio de contato telefônico diário.

[...] eu num tenho nada a esconder não o que aconteceu no meu passado foi porque, eu sempre fui tido como muito trabalhador então quando eu conheci as drogas foi aonde eu quase eu quase fui a, eu quase fui ao fundo do poço né? Mais Deus me deu uma chance de regenerar, Deus dá oportunidade prá todo mundo basta a pessoa agarrar [...] é que nem as pessoas falava comigo, pô rapaz o que te estraga é a droga [...] eu...eu era só com o álcool, depois eu parti pras drogas, aí foi aonde começou dar tudo errado, briguei com a minha família, num podia entrar no quintal da casa da minha mãe, o negócio foi só estreitado, tinha pessoas querendo me mata, mais isso é tudo coisa do demônio, o diabo vem prá robar, matar e destruir (Wesley – PSR, entrevista realizada no Centro Pop em 09/12/2019).

⁵³Fonte: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/acervosocial/wp-content/uploads/sites/7/2017/08/033.pdf>. Acessado em: 20/01/2021.

Outro entrevistado de 62 anos, disse ter sido motivado a frequentar as ruas com apenas nove anos de idade pela necessidade de liberdade que extrapolasse regras e padrões socialmente aceitos.

[...] desde nove anos que eu sempre fugi de casa [...] é porque aquele negócio, o pai e a mãe tem o direito de corrigir a gente né? E naquela época, eles corrigia...[...] aí eu pra podê, às vezes prá fazer uma coisinha errada dentro de casa prá podê num apanhá, de lá mesmo eu já fugia, e ficava na rua semana, mês [...] pelo menos na rua ninguém mandava o sujeito né? [...] não mandar o sujeito, conforme em casa (Diego – PSR, entrevista realizada no Centro Pop em 25/09/2019).

A transcrição anterior expressa uma realidade frequente quando se trata da “liberdade” proporcionada pela rua, conforme pode ser constatado por meio da observação da Pesquisa Nacional ao revelar que 46,5% dos ouvidos disseram preferir dormir na rua por encontrarem liberdade, por não terem nenhum tipo de controle de horário e por não haver proibição do uso de álcool e demais substâncias psicoativas (BRASIL, 2008a).

Quanto às motivações de ida e de permanência nas ruas ou sobre o desejo de retornar para a família, seguem abaixo alguns relatos de profissionais do CnaR e da PSR campista. Novamente, pode-se constatar que as falas estão frequentemente permeadas por situações relacionadas à fragilidade ou ao rompimento dos vínculos familiares, à crise econômica e ao uso de substâncias psicoativas.

[...] conflitos familiares, problemas com o tráfico de drogas no seu território, busca de emprego em outra cidade/estado e uso de spa⁵⁴ (Róbson - profissional do CnaR em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021).

Uso de substâncias psicoativas, conflitos familiares, conflitos territoriais e desemprego, sendo essas as condições mais citadas (Dayse - profissional do CnaR em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021).

Desemprego, dependência química e conflitos familiares (Bárbara- profissional do CnaR em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021).

Financeira, não tava com condição de mantê casa, com dificuldade prá pagar aluguel, né? (Josiane - PSR, entrevista realizada no Jardim São Benedito, área central da cidade em 03/08/2021).

[...] como eu vou ficá na casa da minha irmã? Aí fui prá casa da minha filha, e como eu ia fica na casa da minha filha sem serviço...vô robá, vô mata? Eu prefiro fica aqui vivendo de doação? (Jaqueline - PSR, entrevista realizada no Jardim São Benedito, área central da cidade em 03/08/2021).

Fazê o que lá? Não tem emprego, comé que eu vô chega em casa se só meu irmão que tá lá? Minha mãe num tá lá mais, meus irmão cada um já se espalhou, pai ou aquele filha da puta eu nunca conheci... [...] perdi a minha mãe no dia das mães. (Marcelinho – PSR, entrevista realizada no interior da Casa de Passagem em 16/09/2021).

[...] porque a minha mãe morreu (César - PSR, entrevista realizada no interior do

⁵⁴ Abreviatura comumente utilizada para denominar substâncias psicoativas.

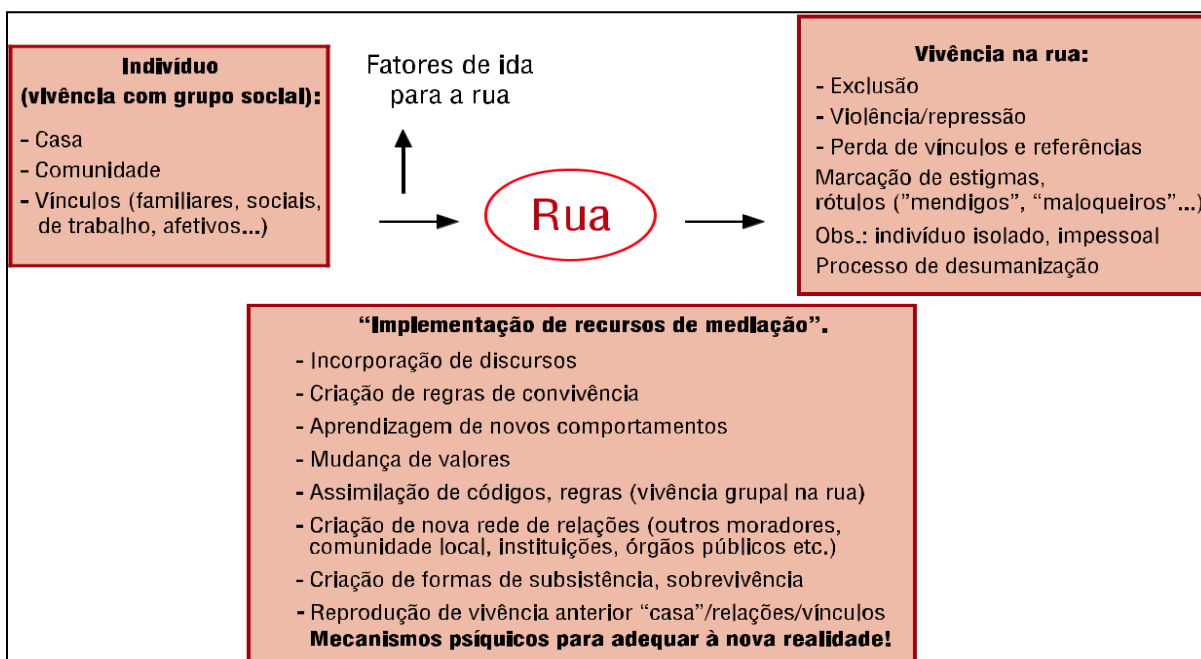
Caps 3, área central da cidade em 13/09/2021).

[...] eu trabalhava, depois que meu pai morreu, ele era uma base prá mim, aí a minha mãe se envolveu com um cara, eu não me dava muito bem com ele, começou os conflitos familiares e aí eu comecei a usar drogas, perdi o trabalho...eu nunca tive vínculo muito forte com a minha mãe...minha mãe se relacionou com outra pessoa, nunca suportei, perdi o trabalho e tudo, e uma coisa foi levando a outra, uma bola de neve (Fábio - PSR, entrevista realizada na Casa de Passagem em 16/09/2021).

Explícito notar que as causas e as trajetórias de ida e de permanência na rua vão além de estratégias de sobrevivência ou de moradia, de modo especial e simbólico, a rua também se constitui como um lugar existencial, o que torna, segundo Krenzinger *et al.*, (2017), um espaço dinâmico que “abriga existências espaciais e temporais particulares” (p. 19).

Para as mesmas autoras, as pessoas em situação de rua possuem causas específicas e trajetórias diversas que as levaram a experimentar um processo de deslocalização com uma sujeição gradual e, muitas vezes permanente, de violação de Direitos Humanos e toda sorte de vulnerabilidade física, psicológica, material e simbólica como limites da experiência humana. A figura seguinte ilustra bem a questão da psicodinâmica dos fatores que em boa medida impulsionam as pessoas a irem e a permanecem nas ruas.

Figura 9 - Psicodinâmica de ida e de vida nas ruas.



Fonte: Manual sobre o Cuidado à saúde junto à População e Situação de Rua (2012) e instituto Meta/MDS (2008a), com base no Projeto Meio Fio da Organização Médicos Sem Fronteiras (2004).

Repetidamente, como demonstram os estudos realizados sobre PSR, fatores como: desemprego, vínculos familiares e envolvimento com uso de substâncias psicoativas podem ser percebidos a partir da transcrição de trechos das entrevistas durante a pesquisa de campo e

ilustram bem as situações destacadas na figura anterior.

Meus plano é... arrumá um sirviço fichado...é...alugar uma casa, pegá minha fia, segui em frente, ficá...de boa em casa...[...] trabaiá, ir na igreja, em casa, trabaiá, ir na igreja, em casa dormir [...]quero arrumá um sirviço aqui, trabaiá aqui e ficá aqui [...] arruma um serviço prá mim tia? (Marcos – PSR, entrevista realizada no Centro Pop em 18/09/2019).

Meu plano de saí da rua é trabaiá, me mantê, prá podê num...ficá dependendo do zoto e tê um lugazim...um prá podê saí do sereno que é a melhor coisa que a gente tem né? É chegá de tarde e saber aonde cê vai botar a cabeça, deitar, prá no outro dia trabalha de novo é o que eu quero, desejo saí um dia da rua porque num vale a pena (Diego – PSR, entrevista realizada no Centro Pop em 25/09/2019).

Retomando a questão do trabalho, a Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua (2009) mostrou que o equivalente a 70,9% das pessoas em situação de rua entrevistadas exercia alguma atividade remunerada e que apenas 15,7% pediam dinheiro para sobreviver. No entanto, como assinalam Krenzinger *et al.*, (2017) apesar de desenvolverem atividades informais - sob a ótica do trabalho - são consideradas por alguns setores da sociedade como pessoas improdutivas, preguiçosas e vagabundas.

Adiante, o relato de um mineiro de Juiz de Fora (MG) que veio para o estado do Rio de Janeiro em busca de trabalho. Sem êxito e após ter esgotado todas as suas economias, restaram-lhe as ruas de Macaé (RJ) e em seguida as de Campos como alternativa.

[...] Eu cheguei alugar uma quitinete em Macaé...saí de lá atrás de trabalho...aí quando eu aluguei a quitinete em Macaé, chegou em Macaé eu paguei a quitinete [...] o mês foi passando, não arrumei nada, o dinheiro foi acabando eu num tinha o que cumê eu na esperança de arrumar um serviço, aí o dono da quitinete ainda me deu uma tolerância de vinte dia a mais ainda pra eu não ir pra rua, aí num teve jeito tive que entregar[...] tem uns seis meses, aí de Macaé eu fui prá Cabo Frio tentar tamém alguma coisa lá e num arrumei nada [...]aí cheguei lá fui prum albergue lá, aí o pessoal de lá é gente boa prá caramba e me deu uma passagem prá cá direto prá Campos[...]eu fiquei lá quase um mês lá e num arrumei nada aí eles me deram a passagem eu vim embora, eu pedi pra vim [...] eu fiquei esperando a vaga aqui eu tive que ficar quatro dias na rua porque aqui não sai uma vaga logo de primeira não (Leonardo Celso – PSR, entrevista realizada no Albergue Francisco de Assis em 19/02/2020).

É assim que para Motta (2005), em muitos casos, a rua é vista como última possibilidade e, diante da busca por sobrevivência, passa a se constituir para muitas pessoas como parte do processo de ida e de permanência como local de moradia. Além de “bicos” diversos, o trabalho com recicláveis, a venda ambulante, a guarda e limpeza de carros se configuram como as principais fontes de subsistência dessas pessoas.

Nos espaços cotidianos de convivência de grupos afins da rua, ocorre rotineiramente o uso de substâncias psicoativas e, conseqüentemente, por conta do uso excessivo dessas substâncias, aparecem as demandas do campo da saúde mental.

Neste contexto, tem-se que as pessoas que fazem uso abusivo de álcool e de outras drogas sofrem também todo o tipo de violência e de discriminação como esclarecem Krenzinger *et al.*, (2017). De acordo com Delgado (2013), a PSR se encontra exposta a uma série de problemas que agrava ainda mais a sua condição de morador de rua, como por exemplo, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a outros locais de atendimento, além da violação dos seus direitos de cidadania, dentre os quais, as práticas de internações compulsórias.

Para Moura (2009), o consumo exagerado de álcool e de outras drogas fazem parte do contexto da rua, seja para minimizar a fome e o frio ou como elemento de socialização entre os membros de um mesmo grupo, entretanto, infelizmente, ficam evidentes as diversas causas de dificuldades de acesso aos serviços de tratamento.

A próxima fala de uma pessoa em situação de rua sobre o seu envolvimento com substâncias ilícitas demonstra como isso influenciou a sua desvinculação familiar e, conseqüentemente, como desencadeou o seu processo de ida e de permanência na rua.

[...] rapaz a droga, ela só... ela só presta só prá destruí, tanto é que o nome é droga, droga vem de destruição, ela entra e a primeira coisa que ela destrói é o seu casamento[...] do seu casamento ela vai prá sua família e aí só vai desmorrando tudo e o negócio meu também. Eu trabalhava muito, sempre fui tido como um trabalhador mais tinha coisa que eu fazia que a sociedade me chamava de vagabundo...[...] mas e você anda com vagabundo, cê é chamado, e aí eu fiz muita besteira na minha vida, mais Deus me deu a oportunidade de, de acertar, hoje eu entro pela porta que um dia eu saí, e isso graças a Deus eu sinto muito orgulho, eu falo e...explico: eu num tenho orgulho das besteiras que eu fiz na vida, eu tenho orgulho da pessoa que eu sou (Wesley – PSR, entrevista realizada no Centro Pop em 09/12/2019).

Partindo da fala acima e como vem sem debatido ao longo do texto, Frias *et al.*, (2016) reforçam a ideia de que o uso de substâncias psicoativas é algo frequente no território da rua, “a dependência é um transtorno no cérebro, de recaída, de causa multifatorial, e que para ser tratada, necessita de enfrentamento multifatorial e periódico” (p. 54). Situação que se agrava pela dificuldade de adesão ao tratamento em razão de muitas pessoas, após o processo de desintoxicação, ao voltarem às ruas sem trabalho e com as mesmas companhias acabam tendo enormes chances de recaída.

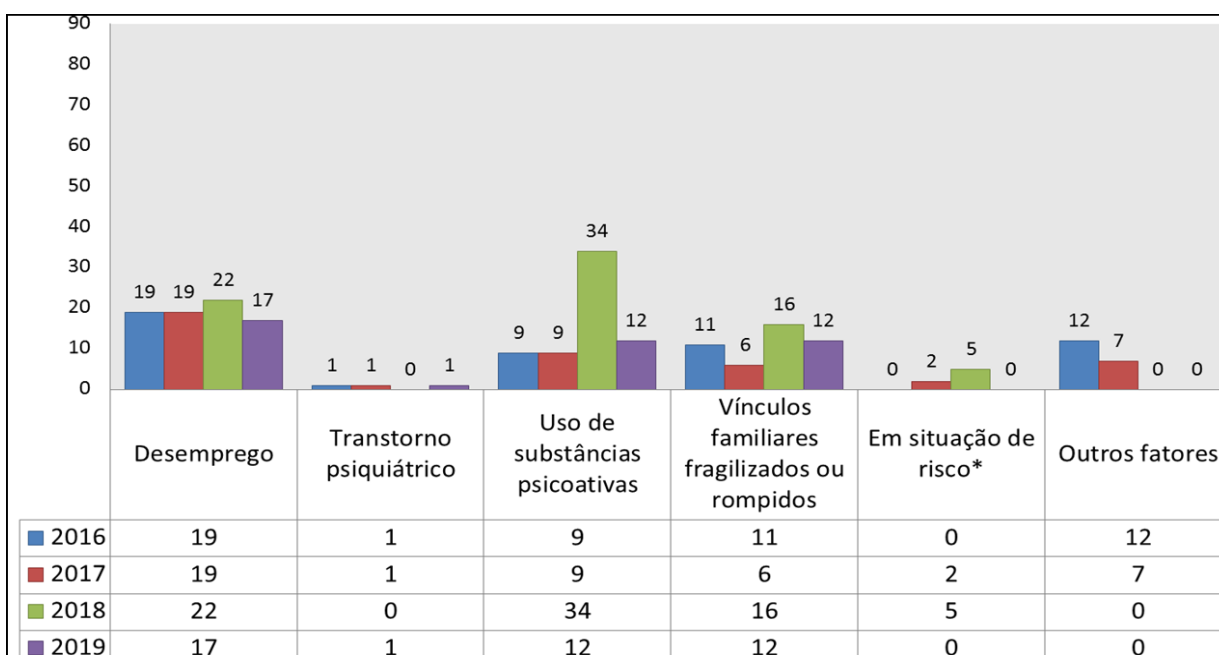
Para os autores (*ibid.*), tendo em vista as particularidades do grupo, as políticas e as ações de promoção à saúde relacionadas à dependência química e aos transtornos mentais; estas últimas devem primar pela redução de danos, pela promoção da saúde, pelo atendimento básico e por fim, pelas ações de internação em casos de grande necessidade. Quando as medidas extra ambulatoriais não surtirem efeitos e permitir que uma pessoa em situação de

rua psiquiátrico ou dependente químico, sem retaguarda da família, permaneça nessa condição, sem ter a capacidade para decidir sobre a necessidade ou não de tratamento, trata-se de omissão grave do poder público.

Acrescentam Krenzinger *et al.* (2017) que as condições de miserabilidade e a dependência química contribuem invariavelmente para o rompimento ou fragilização de antigos laços afetivos, culturais e familiares, constituindo-se em motivação de ida para a rua. Como explica Costa (2005), a fim de garantir proteção e sobrevivência, há a necessidade de se construir novas relações de pertencimento e de identidade conformando novos vínculos com novos grupos.

Além da pesquisa realizada pelo Centro Pop em 2019, corroboram com as informações anteriores, o levantamento documental feito a partir do acesso aos dados compilados pela SMDHS de Campos a partir dos relatórios mensais de atendimentos preenchidos pelos profissionais do Centro Pop, como podem ser visualizados nos dois gráficos seguintes. Mais uma vez, os números evidenciaram que o desemprego, o uso de substâncias psicoativas e o rompimento ou a fragilização dos vínculos familiares, encabeçam os fatores desencadeantes de ida e de vida nas ruas.

Gráfico 3 - Média anual por fatores desencadeantes dos casos novos atendidos no Centro Pop em Campos dos Goytacazes/RJ, em valores absolutos.

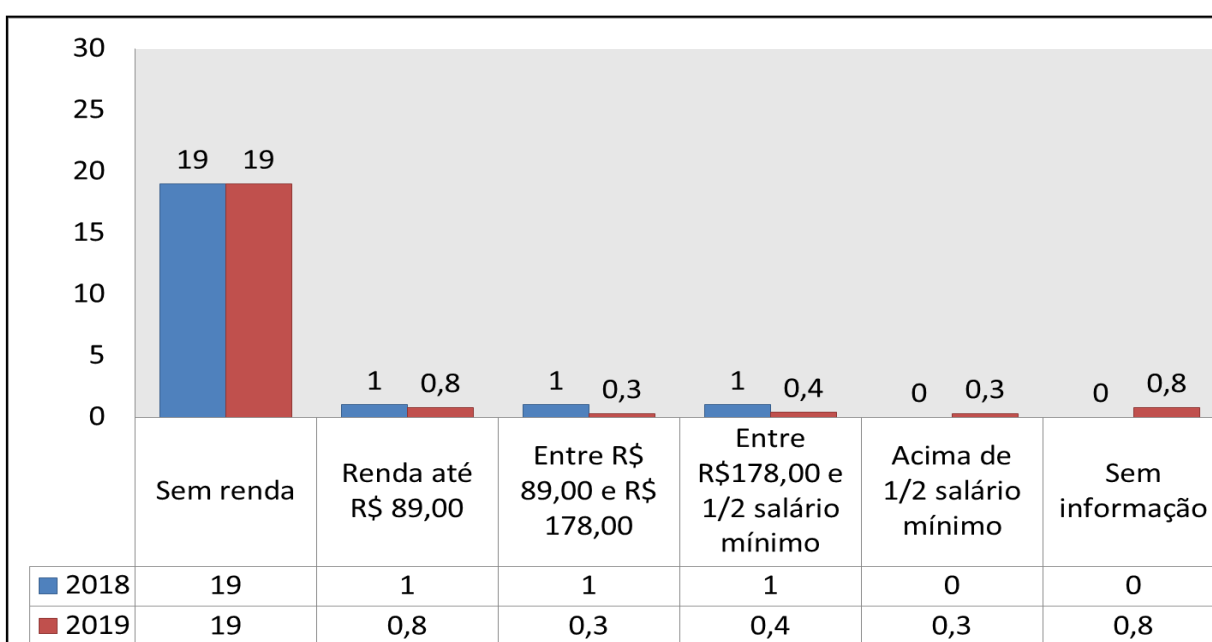


Campos dos Goytacazes/RJ - RMA Centro Pop, 2016, 2017, 2018 e 2019. *A opção de resposta em situação de risco foi lançada no Relatório a partir de 2017.

Na sequência, o gráfico 04 mostra a precariedade da PSR do município em tela quando se trata de recursos financeiros. A maioria das pessoas, 19 e 21,3 respectivamente

entre 2018 e 2019 informaram não possuir nenhuma fonte formal de renda. Deste modo, há uma tendência no agravamento dos impactos sobre a saúde desses cidadãos, já que essa condição os impossibilitaria de consumir qualquer tipo de serviço complementar ao SUS na ocorrência de extrema necessidade. Situações, como por exemplo, que vão desde a compra de medicamentos básicos que porventura estejam em falta na rede pública, até mesmo a utilização de transporte coletivo para se deslocarem até os pontos de assistência da rede.

Gráfico 4 - Média anual por renda dos casos novos de pessoas atendidas no Centro Pop em Campos dos Goytacazes/RJ, em valores absolutos.



Fonte: Organização da autora com base em informações cedidas pelo setor de Vigilância Socioassistencial da SMDHS - RMA Centro Pop, 2018 e 2019.

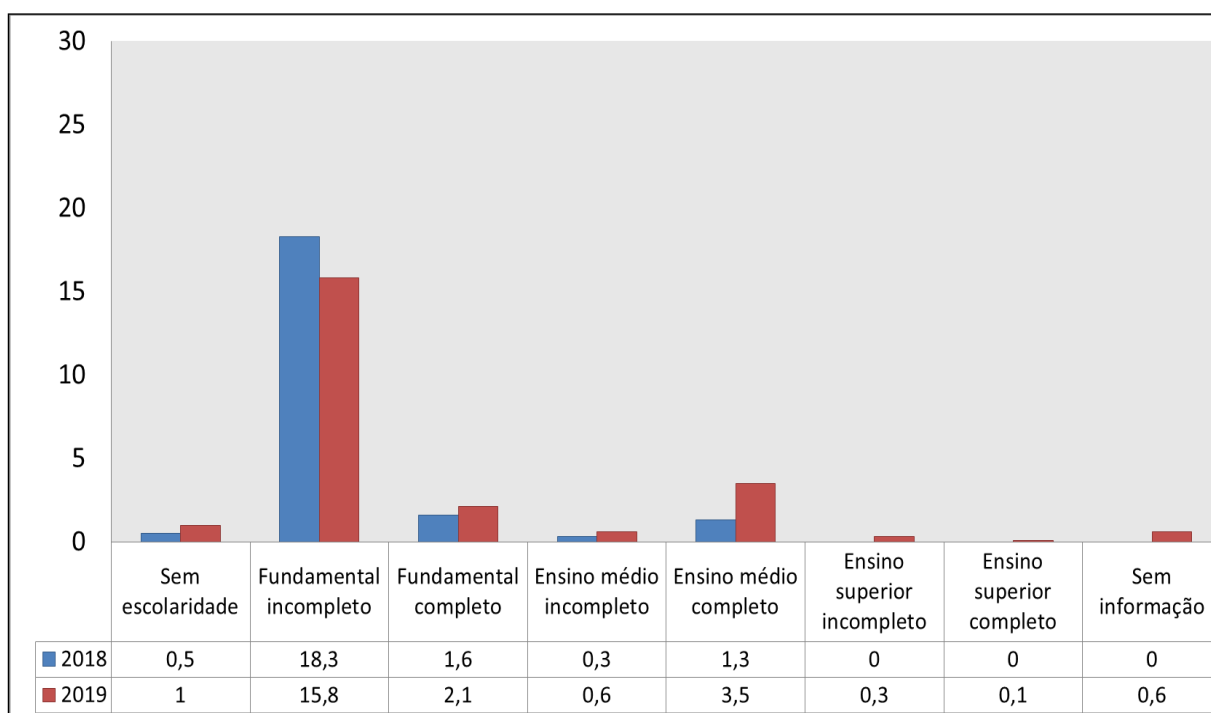
Sobre a educação escolar formal, de acordo com a pesquisa nacional sobre PSR de 2008, a maioria dos ouvidos 63,5% não concluiu o primeiro grau, 17,1% não sabem ler ou escrever e, apenas 8,3% sabem assinar o próprio nome, ou seja, a pesquisa revelou que a PSR tem poucas chances de acesso ao sistema escolar (BRASIL, 2008a).

A partir das informações colhidas durante as abordagens nas ruas feitas pela equipe de profissionais do Centro Pop de Campos, constatou-se que o cenário da PSR local não difere do panorama nacional, ou seja, com baixo acesso ao sistema escolar formal como pode ser verificado no gráfico 05 com destaque para o ensino fundamental incompleto 18,3% e 15,8% para os anos de 2018 e 2019, respectivamente, (SMDHS/CENTRO POP, 2019).

Essa condição, notadamente “empurra” a PSR para o exercício informal de atividades laborais, impondo modos de sobrevivência precários no espaço da rua os expondo a inúmeros fatores de riscos à saúde.

Para Costa (2005) a informalidade torna a oportunidade de geração de renda mais rápida e é também um dos atrativos ao público mais jovem que não encontra perspectivas de inclusão no mercado de trabalho formal.

Gráfico 5 - Média anual por escolaridade dos casos novos atendidos pelo Centro Pop em Campos dos Goytacazes/RJ, em valores absolutos.



Fonte: Organização da autora com base em informações cedidas pelo setor de Vigilância Socioassistencial da SMDHS - RMA Centro Pop, 2018 e 2019.

No que tange à questão étnico-racial, são basais as informações de abrangência nacional, entretanto, o Sumário Executivo da Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua, destacou que 39,1% dos entrevistados se declararam pardos (BRASIL, 2008a). Conjunto semelhante se comparado à população brasileira 38,4% como se observa no Manual de Cuidados para a PSR (BRASIL, 2012).

No caso do município averiguado, na pesquisa realizada pelo Centro Pop em 2019 no universo da PSR entrevistado, observou-se que a proporção de negros 67% (pardos somados a pretos) conforme a classificação do IBGE, é substancialmente maior se comparados aos níveis encontrados na população brasileira que seria de 44,6%. No caso do nosso *lócus* de investigação, no que se refere à cor/raça autodeclarada, o último censo do IBGE de 2010 revelou que 48% da população é branca; seguida de 37% de pardas e da 14% pretas; apenas 0,05% se autodeclararam indígenas (IBGE, 2010).

Quanto à questão raça/cor alguns profissionais de saúde da cidade estudada sinalizam o seguinte:

É possível observar que a população em situação de rua apresenta mais no perfil masculino, pardos ou negros, com a faixa etária bastante diversificada, sobretudo no atual cenário político e econômico onde o desemprego tornou-se um agravo cada vez mais notório (Bárbara - profissional do CnaR em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021).

Há uma grande disparidade dos usuários PSR que dão entrada no PU Saldanha Marinho. Normalmente são homens, pardos ou negros, com uma faixa etária entre 20 e 40 anos (Édson- servidor administrativo do PU Saldanha Marinho em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021).

Enquanto a idade e cor há uma diversidade ampla, já em questão do sexo temos maior prevalência do sexo masculino (Dayse - profissional do CnaR em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021).

[...] observa-se uma maior prevalência de pessoas em situação de rua negros, do sexo masculino e idades entre 40 e 60 anos (Conceição - profissional de saúde servidora do PU psiquiátrico, em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021).

São em grande maioria homens com menos de 40 anos e negros (Vânia - servidora administrativo do PU Saldanha Marinho em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021).

Sobre a possibilidade de deixar as ruas, 47% dos usuários ouvidos pela equipe do Centro Pop, no levantamento de 2019, revelaram ter o interesse em conseguir vaga em algum serviço de acolhimento da rede municipal, 43% disseram que não gostariam de estar acolhidas, e outras 10% não informaram. Aparece, portanto, um equilíbrio entre os que desejam e os que não desejam vagas nos abrigos mantidos pela prefeitura.

Sobre as causas desse equilíbrio entre os que desejam ou não acolhimento e sobre a impossibilidade de permanência em alguns desses locais, as falas da PSR convergem para as regras de convívio coletivo, entre as quais, se destaca a proibição do uso de substâncias psicoativas.

- Lá tem regra, num pode bebê lá dentro e tem horário pra entrar e sair (Kaio - PSR, entrevista realizada na rua em 26/08/2019).

Por outro lado, há os que desejam uma vaga ainda que diante das regras e, às vezes, se mostram insatisfeitos pela demora em conseguir acolhimento pois se dizem aflitos para sair das ruas.

Cêis fala que se preocupa cum nós, preocupa nada, quero vê se quando cêis chega em casa toma um banho quentinho e fica debaxo do cobertô se lembra de nós, lembra nada, tão nem aí, o papo aqui é reto mano! (Edilson - PSR, entrevista realizada na rua em 26/08/2019).

Outro entrevistado no Centro Pop em 25 de setembro de 2019 quando questionado se

desejava deixar as ruas, relatou o seguinte:

Ah, muita, eu queria pelo menos que tivesse um lugar prá mim trabalhá, um lugar prá mim, prá eu podê durmi, discansá, tê uma casinha né? tê o meu, meu direito, um lugazinho prá podê ficá, porque a rua num presta não, apesar que...eu disvie, disvie da turma que gosta de problema (Diego - PSR, entrevista realizada no Centro Pop em 25/09/2019).

A partir do ponto de vista dos próprios atores e do devido suporte teórico, no próximo capítulo, buscou-se ressaltar de modo mais singular as situações relacionadas à saúde e ao adoecimento dos que vivem nas ruas, os Itinerários Terapêuticos acionados quando necessitam de cuidado, além da observação das políticas públicas de saúde direcionadas às pessoas em situação de rua na cidade de Campos. Para tanto, foram utilizadas informações registradas pelos profissionais do Consultório na Rua desde março de 2021.

Em síntese, com base no desenho metodológico traçado e mediante ao cenário encontrado, a partir de um novo exame do campo por meio da intermediação de novas entrevistas junto à PSR e aos servidores que trabalham nas unidades de saúde previamente elencadas, o capítulo seguinte esquadrinha a questão do acesso aos cuidados de saúde.

CAPÍTULO IV

SAÚDE-ADOCIMENTO-CUIDADO E ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: A PERAMBULAÇÃO PELAS RUAS E A BUSCA POR CUIDADO

“Vínculo exige perseverança e permanência, estabilidade que gera segurança, previsibilidade mesmo nos desafios que enfrentamos no dia a dia do trabalho e do viver. Vínculo revela conhecimento e reconhecimento. Não estranheza, mas pertença! Só quem pertence ao nosso mundo de significados estabelece vínculos conosco, e só assim estabelecemos vínculos com o outro. A população em situação de rua desafia nossa capacidade de aceitação e convivência. Os que mais necessitam, os que estão em situação de maior risco, muitas vezes, são os que mais resistem, são também os que mais nos humanizam e preparam para as melhores ações. Vinculação também é escolha, é seleção. Escolhamos, pois, os que nos humanizam e disponibilizam, sem medo. Um bom profissional é em primeiro lugar uma pessoa, que humaniza a vida!” (Padre Júlio Lancellotti, 2012).

Introdutoriamente, de modo obter maior validade dos fenômenos aqui observados, especialmente no que diz respeito ao direito de acesso à saúde pública pelos que vivem nas ruas da cidade de Campos dos Goytacazes/RJ, este capítulo sinaliza para algumas das principais indagações propostas pelo estudo sob os seguintes aspectos: 1) a compreensão do significado do processo saúde-adoecimento da população adulta em situação de rua a partir da sua autopercepção; 2) os Itinerários Terapêuticos acionados pela PSR durante a necessidade da busca por cuidados em saúde, com destaque para o trabalho do CnaR, e; 3) analisar o acesso da PSR a estes serviços, ou seja, apurar se as ações assistenciais praticadas pelos trabalhadores da rede pública de saúde frente às demandas da PSR valorizam as circunstâncias de desconstrução identitária social desses sujeitos.

Diante da subjetividade acerca de estar saudável ou adoecido, ao retomar os postulados de Canguilhem tem-se que ser sadio e ser normal não são fatos totalmente equivalentes. O autor admite o patológico como uma espécie de normal e classifica que ser sadio significa não apenas ser normal em uma situação determinada, mas ser também, normativo nessa condição e em outras situações eventuais. Assim, caracteriza saúde como “[...] a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade

de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas” (CANGUILHEM, 2009, p. 77). O mesmo autor ainda ressalta que o significado de saúde diz respeito ao fato de que o ser humano só se sente em boas condições de saúde quando se percebe mais do que normal, ou seja, “não apenas adaptado ao meio e às suas exigências, mas também, normativo, capaz de seguir novas normas de vida” (p. 79).

Na seção seguinte foram abordadas saúde-adoecimento, além dos mecanismos de auxílio acionados a partir do olhar da PSR e dos pelos trabalhadores que atuam nos espaços institucionais públicos de cuidar mais utilizados pelo nosso público-alvo.

4.1 Sobre ser sadio ou estar doente – a PSR e os itinerários acionados na busca por auxílio

Segundo Canguilhem (2009), o homem sadio não foge diante dos problemas causados pelas alterações, às vezes súbitas, de seus hábitos. Mesmo em termos fisiológicos, o homem mede a sua saúde pela capacidade de superar as crises orgânicas a fim de instaurar uma nova ordem e conclui o autor que o homem só se sente em boa saúde [...] “quando se sente mais do que normal, isto é, não apenas adaptado ao meio e às suas exigências, mas também, normativo, capaz de seguir novas normas de vida” (p. 79).

Quando indagadas sobre o que elas consideram ter saúde, algumas pessoas em situação de rua relataram situações que vão desde ter exames prontos, boa saúde mental e física até a garantia de direito de acesso ao cuidado por meio do SUS.

Ter os...todos exame pronto...ter tudo, é bom (Marcos – PSR, entrevista realizada no Centro Pop em 18/09/2019).

Ter saúde é a pessoa além de... de... de se alimentar melhor, ter mais possibilidade de ir um médico... prá poder ter si ter a, a princípio uma saúde regular (João – PSR, entrevista realizada no Centro Pop em 18/09/2019).

Ter saúde é bom, e não ter saúde é ruim, perigoso prá morrer na rua, passar mal... (Marcos – PSR, entrevista realizada no Centro Pop em 18/09/2019).

[...] num pegá Aids, se pegar já era, tô falando porque sei de muitos, eu sô das antiga mano?(Jaqueline - PSR, entrevista realizada no Jardim São Benedito, área central da cidade em 03/08/2021).

[...] saúde é a gente não ter nem gripe, é caminhar e sentir as coisas belas da vida, isso prá mim é saúde, tudo isso, ter a sua independência (César - PSR, entrevista realizada no Jardim São Benedito, área central da cidade em 13/09/2021).

[...] ter saúde é a gente ter a possibilidade da gente tá com alegria, a possibilidade da gente tá aqui cuidando do nosso físico e do nosso emocional...é ter estabilidade física e também estabilidade mental, utilizando dos meios propícios pra gente ter essas possibilidades, né? Agora ter a qualidade da saúde é diferente, são circunstâncias diferentes, a qualidade é o que os parceiros oferecem prá gente, seja, seja através da rede pública municipal, que é o SUS né? Acho que o acesso né? O acesso ao serviço de saúde, que o serviço seja funcional (Fábio - PSR, entrevista realizada na Casa de Passagem em 16/09/2021).

Corroborando com as falas da PSR anteriormente transcritas, parece haver, atualmente, um consenso sobre a importância do cuidado em considerar não apenas os fatores biológicos no processo saúde-doença como já amplamente debatido aqui. Buss & Filho (2007) sugerem, para tanto, incorporar a este processo os chamados condicionantes e determinantes sociais da saúde além da subjetividade dos sujeitos, a fim de possibilitar uma produção de saúde mais efetiva.

Há uma convergência na literatura de que os serviços de saúde poderiam estar preparados para lidar com a diversidade, mas, para Costa (2005), em sua maioria, não estão devidamente qualificados para o acolhimento da PSR que padece de inúmeras formas de preconceito e de discriminação ao procurarem por assistência por meios próprios ou ainda quando encaminhadas por outros serviços da rede assistencial.

Segundo Krenzinger *et al.*, (2017) é comum a manifestação de violência institucional perpetrada pelo poder público e por diferentes grupamentos sociais que propagam o discurso higienista e reafirmam o estigma do morador de rua de modo a associá-los ao lixo urbano e à loucura.

Sobre a ausência da empatia profissional no trato com a PSR, seguem abaixo trechos dos relatos de alguns profissionais que atuam em unidades da rede pública de saúde municipal e da PSR sobre as barreiras encontradas durante a oferta dos atendimentos. Tais situações se deram por meio de práticas de discriminação, de preconceito e da resistência por parte de alguns profissionais.

Alguns profissionais tiveram resistência sim ao atendimento a este grupo, mas isso antes de ocorrer o atendimento, por preconceito e por não saber como seria. Mas com a chegada do usuário e o desenrolar do atendimento não teve diferença nenhuma no acolhimento em relação aos outros usuários (Tadeu - profissional de saúde servidor de UBS, em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021).

[...] ainda ocorre muito preconceito que se tornam barreiras para que esse usuário tenha acesso digno aos serviços de saúde como qualquer outro cidadão, afinal, os mesmos possuem direitos da mesma forma, porém em sua maioria não são respeitados e nem acolhidos como tal (Dayse - profissional do CnaR em resposta ao questionário de entrevista em setembro de 2021).

Na minha opinião a maior dificuldade dos profissionais das mais diversas formações em atender PSR é de se colocar no lugar daquela pessoa e fazer exigências que não cabem na vida que ela leva, tais como higiene bucal ou dificuldade de se afastar de seus pertences por não se sentir seguro, entre outras. Os profissionais tentam impor padrões que para aquela situação não são possíveis ou não são prioridades (Conceição- profissional de saúde servidora do PU psiquiátrico, em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021).

Não podemos generalizar, mas já ocorreram episódios sim, onde o cheiro ou até mesmo a aparência foi motivo para resistência, caras feias e maus tratos (Bárbara,

profissional do CnaR em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021).

[...] o povo aí é de negócio de saúde aí prá... se puder matar esse povo que mora na rua e que não tem gente, nem parente, só o endereço mesmo, é...quanto mais ficar livre dessas pessoas que moram na rua é melhor (Marcelinho – PSR, entrevista realizada no interior da Casa de Passagem em 16/09/2021).

Como destaca Costa (2005) uma situação incômoda e recorrente que dificulta o acolhimento da PSR em unidades de saúde da rede pública refere-se a comprovação de residência, exigência de acompanhante e de banho. A respeito dessa dificuldade, narra uma servidora da saúde:

[...] diversos serviços de saúde exigem comprovante de residência ou a PSR simplesmente não procura os serviços por já ter sofrido discriminação anteriormente ou por simplesmente desconhecer seus direitos (Conceição - profissional de saúde servidora do PU psiquiátrico, em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021).

Costa (2005) chama atenção ainda para os casos em que os tratamentos aplicados após o primeiro acolhimento se desdobram na aplicação de cuidados mais regrados e de maior proteção, como é o caso das doenças infectocontagiosas⁵⁵. Nessas condições a PSR dificilmente consegue adequar-se, tendo como consequência, o agravamento de enfermidades ou até mesmo o óbito devido a condições negligenciadas que poderiam ser evitadas em circunstâncias menos adversas.

Para agravar ainda mais a situação, Frias *et al.*, (2016) lembram que a PSR enfrenta problemas como a falta de funcionários especializados nos abrigos/albergues para administrar medicamentos controlados, locais para a higiene corporal, obstáculos no acesso de recursos terapêuticos, além de diversas vezes da inabilidade dos profissionais de saúde no trato com este público.

Salientam Uchôa & Vidal (1994) que há um consenso sobre os comportamentos de uma população frente aos seus problemas de saúde, construídos a partir de universos socioculturais específicos incluindo a utilização dos serviços médicos disponíveis. Esses comportamentos quando vistos no conjunto da PSR, merecem uma observação minuciosa tendo em vista a pluralidade de vivências que os envolvem. Ainda sobre os significados de ter saúde, destacamos a seguir trechos dos depoimentos de pessoas em situação de rua que falam de saúde considerando as suas experiências sociais e que corroboram com a literatura

⁵⁵ “As doenças infectocontagiosas são aquelas de fácil e rápida transmissão, provocadas por agentes patogênicos, como o vírus da gripe e o bacilo da tuberculose”. Fonte: UNASUS. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/doencas-infectocontagiosas-e-tema-de-nova-oferta-una-sus>. Acessado em: 05/01/2022.

utilizada nessa seção sobre os conceitos de saúde para além da ausência de doença ou da exclusividade de fatores intrínsecos biológicos no processo saúde-adoecimento.

Éeee, a pessoa num passá mal né? tá sempre, sempre sem sentir nada, ae a pessoa tá com saúde boa, agora se tivé, todo sentindo muita coisa né? dor, qualquer coisa assim, a pessoa num tá com a saúde normal (Diego – PSR, entrevista realizada no Centro Pop em 25/09/2019).

[...] primeira coisa que vem em ter saúde é não tá doente, porque a gente com saúde vai longe, tantas pessoas que queria tá aqui e não pode, tá jogado num leito de hospital (Wesley – PSR, entrevista realizada no Centro Pop em 09/12/2019).

[...] humm...é bão...humm é bão ué...é...podê trabalhá...é...agora sem saúde num pode fazê nada (Maria Paula – PSR, entrevista realizada no Lar Cidadão em 09/03/2020).

[...] tê saúde é tudo, pessoa na minha situação doente, sinceramente? Pior do que um cachorro, se o cara passar mal aqui dentro... se o cara passar mal aqui dentro, o SAMU vai pegá, vai leva lá, vai medicá e vai soltá na rua, duas hora da manhã, três hora da manhã a hora que seja, eles num vão de trazê de volta aqui, prá quem tá em situação de rua tem que pedi muito a Deus prá não adoecê (Leonardo Celso – PSR, entrevista realizada no albergue Francisco de Assis em 19/02/2020).

É num tê doença nenhuma...eu num sô saudável, tem platina na perna, tem diabetes, tem falta de ar, tem vez que eu tô...prá dormi eu tem que tomá remédio, eu não consigo dormi sem remédio, um dia o meu remédio...eu não sei como sumiu, eu fiquei andano aqui a noite todinha, dormi não (Maria Paula – PSR, entrevista realizada no Lar Cidadão em 09/03/2020).

[...] tê saúde é tudo porque com a saúde o sujeito tá trabalhando, eu se arrumá um serviço na roça eu trabalho (Adalto – PSR, entrevista realizada no albergue Francisco de Assis em 19/02/202).

De acordo ainda com Krenzinger *et al.*, (2017) a ausência ou precariedade de políticas públicas de saúde direcionadas ao acolhimento das especificidades da PSR, frequentemente, gera notícias sobre o acometimento de doenças que poderiam ter sido evitadas, casos de enfermidades como os da tuberculose e das infecções sexualmente transmissíveis são exemplos clássicos.

Nesta direção, revelam Frias *et al.*, (2016) que “as principais doenças que acometem os cidadãos em situação de rua têm correlação com o desgaste físico e emocional provocados pelas privações que suportam por estarem na rua” (p. 50). Outra questão levantada pelos mesmos autores diz respeito a influência do ambiente violento das ruas, ocasionando comumente ferimentos e traumatismos no rosto, braços e pernas.

Segundo o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo as doenças mais prevalentes no universo da PSR são as psiquiátricas – como depressão, esquizofrenia e quadros psicóticos, associados ou não à dependência de álcool ou drogas – infectocontagiosas – como a Aids, a tuberculose pulmonar, as infecções por vírus da hepatite B e C e as cutâneas – e cardiovasculares, considerando que muitos são tabagistas, diabéticos e hipertensos mal controlados (FRIAS *ET AL.*, 2016, p. 50).

Pensando no contexto de vida nas ruas, mais uma vez Canguilhem (2009) volta a dar o

seu contributo ao chamar atenção para situações que remetem à exclusão. O autor designa de infidelidade do meio como algo admissível ao espaço social humano e que impacta diretamente sobre as condições de saúde das pessoas “[...] em que as instituições são, no fundo, precárias; as convenções, revocáveis; as modas, efêmeras como um relâmpago” (p. 78).

Assinalam Krenzinger *et al.* (2017) que em seu processo de deslocalização, a PSR traz consigo trajetórias heterogêneas de circulação cotidiana no espaço urbano além de identidades fragmentadas. São elementos que dificultam, sobremaneira, o alcance às políticas sociais por boa parte da parcela social e que faz chegar e permanecer pessoas nas ruas pela dificuldade de acesso aos direitos e às políticas públicas. Constituindo-se então, em dinâmicas que desafiam as ações do Estado no que diz respeito às agendas institucionais, particularmente, no que se refere ao direito à saúde. Para os autores, paradoxalmente, a PSR é duramente punida pela sociedade e pelo poder público por meio de políticas urbanas controladoras e excludentes, resumem:

Os riscos da vida nas ruas se expressam nos relatos de se ter cotidianamente os pertences roubados, de ser agredido por alguém entre os iguais da rua em alguma briga por espaço ou em uma desavença, de ser vítima de violência simbólica, física e sexual; de ser alvo de agressões inesperadas vindas de setores preconceituosos da sociedade para com esse público, ou mesmo dos órgãos oficiais responsáveis pela segurança. [...] discriminação que se manifesta em posturas adotadas pela população em geral em referência às populações em situação de rua; os olhares que transmitem medo, nojo e aversão: os desvios de percurso para evitar a aproximação, a expressão do sentimento de “pena” e atitudes que os vitimiza e/criminaliza; as solicitações aos poderes públicos para a remoção ou expulsão das pessoas que ocupam os espaços públicos (KREZINGER *ET AL.*, 2017, pp. 24-25).

Mesmo diante de tantas dificuldades que se traduzem em fatores de risco ao adoecimento diariamente enfrentados pela PSR, uma miríade de situações emerge e sugere reconhecer que influenciam o processo, além dos fatores intrínsecos/biológicos são acrescentados fatores externos: “[...] a doença não deixa de ser uma espécie de norma biológica, conseqüentemente, o estado patológico não pode ser chamado de anormal no sentido absoluto mas, anormal apenas na relação com uma situação determinada” (CANGUILHEM, 2009, p. 77), que em síntese esclarece:

Ser sadio e ser normal não são fatos totalmente equivalentes, já que o patológico é uma espécie de normal. Ser sadio significa não apenas ser normal em uma situação determinada, mas ser, também, normativo, nessa situação e em outras situações eventuais. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas.

Quando perguntados sobre o significado de estar ou ficar doentes, algumas das

respostas da PSR que apareceram na pesquisa de campo vão desde: não estar doente até mesmo acerca do otimismo perante as adversidades da vida. Falam de esperança, mas também de tristeza e do medo de adoecer e não poder trabalhar, sobre o receio de ficar enfermo e sobre terem dificuldades de acesso ao cuidado. Alguns relatos foram os seguintes:

Dá tonteira, quando eu passo mal, não ter saúde é ruim, perigoso prá morrê na rua, passar mal (Marcos – PSR, entrevista realizada no Centro Pop em 18/09/2019).

É...isso tem vários sintoma...na área de psicologia [...] a pessoa que pensa, num pensa em ir, ir prá frente, pensa só retrogradamente, prá trás...não, num vô consigui, eu num consigo, então não é a opção minha...se eu tenho...então eu vô ali, já ia, vô falar procê, se eu tenho dez reais eu tô feliz, se eu tenho um real eu tô feliz, se eu não tenho nada eu sô feliz tamém [...] num me falta alimentação, num me falta bons amigo, então nessa área, na questão emocional eu tô bem [...] é porque a questão emocional é que faz a pessoa ficar doente [...] a mente fica fechando, ah eu tô...eu num tô bem...vai acabar ficando doido e mais otras coisa (João – PSR, entrevista realizada no Centro Pop em 18/09/2020).

[...] pessoa em situação de rua que ficá doente tá morto...prá quem tá em situação de rua tem que pedi muito a Deus prá num adoecê...[...]e adoecê é ficar que nem eu tô aqui hoje, dor nas costas que nem eu tava, febre, atrapalha a gente né? Num consegue trabalhar desse jeito (Leonardo Celso – PSR, entrevista realizada no albergue Francisco de Assis em 19/02/2020).

É isso aí que eu tô...tô doente, tô com diabetes, diabetes num tem cura, tem pessoa que perde a visão, tem um colega meu aí que perdeu a visão, perde alguma parte do corpo...é isso aí é... (Maria Paula – PSR, abrigada no momento da entrevista em 09/03/2020).

Tá doente é muito ruim, a gente fica triste, não pode fazê nada, fui acostumado a trabalhá desde novo, eu com...muitas pessoa, num falo todas não nessa época...duvido se fazia o que eu fazia (Adalto – PSR, entrevista realizada no albergue Francisco de Assis em 19/02/2020).

Ah como tá doente é quando você necessita de tá utilizando o serviço público de saúde e você tem algum caso agravado que seja, que seja descoberto...ou alguma coisa que você tem necessidade de tá utilizando o sistema de saúde (Fábio - PSR, entrevista realizada no interior da Casa de Passagem em 16/09/2021).

Ao considerar as falas e valendo-se dos ensinamentos de Tavares (2016), acreditamos que não seria equivocado afirmar que a PSR estaria contemplada dentro da área temática da sociologia da saúde⁵⁶, disciplina que traz importantes contribuições acerca das relações existentes entre as práticas relativas à saúde, doença e no que diz respeito às dimensões sociais em que se dão essas relações.

Em termos gerais, o autor aponta para a existência de inúmeros trabalhos teóricos e empíricos publicados no âmbito da sociologia da saúde que buscam encontrar respostas para importantes indagações como, por exemplo, a observação pelo próprio indivíduo sobre estar ou não adoecido e, a partir dessa tomada de consciência, o que fazer.

⁵⁶ “Área de especialização temática da sociologia que estuda a relação existente entre a saúde e a sociedade ou, mais especificamente, analisa e investiga os fenômenos e os processos sociais referentes à saúde e a doença” (TAVARES, 2016, p. 19).

Quais são as diferentes formas como as pessoas agem perante os sintomas que possam indicar a presença de uma eventual doença? O que fazem no sentido de preservar ou melhorar a sua saúde? Em ambos os casos, a sua ação depende, em grande parte, da percepção e da avaliação que fazem do seu estado de saúde ou dos sintomas de doença, influenciadas pelas suas experiências anteriores ou atuais e pelas condições e contextos sociais em que ocorrem ou ocorreram. Dito de outro modo, as respostas face à saúde e à doença inserem-se em primeira instância, num conjunto de práticas sociais orientadas, na maioria das vezes, por percepções e representações sociais expressas pelos indivíduos através da forma como avaliam globalmente a sua saúde e os sinais/sintomas de doença e pelo modo como os interpretam, reconhecem e atribuem ou não importância, gravidade e visibilidade (TAVARES, 2016, p. 41).

Ante o contexto, faz-se menção a contribuição de Michel Foucault (1976) no que tange ao controle social exercido pela medicina, denominado pelo autor de biopoder, descrito por sua vez por Tavares (2016) como controle social e submissão dos corpos como resultado da disciplina que normaliza a vida social e contribui para a normatização do comportamento humano acerca do que seria o estilo de vida mais apropriado.

Ainda conforme Tavares (2016), a tendência descrita no parágrafo anterior traz riscos para a PSR ao assentar-se sobre um discurso moralista e individualista que centra no indivíduo a responsabilidade pelos seus “comportamentos saudáveis”. Tais situações têm gerado debates públicos em diferentes países sobre como se dá a coparticipação do Estado na construção dos direitos universais de acesso à saúde. Infelizmente, de modo geral, o que tem sido notado, como observa o autor, é uma crescente culpabilização dos doentes pelo seu estado; ao mesmo tempo em que ocorre a isenção da responsabilidade do Estado no que diz respeito à formulação de políticas públicas de abrangência universal no campo da saúde.

A condição prévia de invisibilidade e de vulnerabilidade impostas às pessoas em situação de rua direciona uma suposta culpa ao grupo por todas as violências historicamente vivenciadas. É nítida a perversidade dessa narrativa na tentativa de desresponsabilizar o Estado brasileiro e toda a nossa sociedade pela sistemática e contínua precarização e fragilização dessas vidas em nosso país (DIAS & MIGLIARI, 2021).

Segundo Bretas, Rosa e Cavicchioli (2005), para as pessoas que têm, exclusivamente, a rua como ambiente de moradia, além de não terem garantidos condições básicas consonantes à vida constitucionalmente previstas, sofrem interferência direta na sua saúde mental. Essa condição pode provocar, gradualmente, a perda de autoestima e, por conseguinte, a prática do autocuidado.

Deste modo, as ações que sinalizam para o autocuidado da PSR estão em sua maioria, direcionadas à busca por lugares seguros para dormir, cuidar da higiene, da aparência e usar sanitários com privacidade; consideram locais que tenham acesso à água potável e que sejam

preferencialmente próximos ao seu local de sustento.

Ainda sobre a responsabilidade pelo autocuidado e comportamentos saudáveis, em conversa com o Padre Júlio Lancellotti, pus-me a refletir sobre o que isso significa de fato no universo da PSR. Ele me contou sobre um caso de intoxicação alimentar sofrido por um jovem que buscou auxílio na sua paróquia após ingerir um pedaço de frango estragado que havia pegado no lixo.

Mediante a narrativa, o religioso interroga se alguém escolheria passar por isso apenas como uma maneira de demonstrar desobediência às “normas” do Estado e, que em vista disso, deveria sofrer como punição, a exclusão das políticas estatais de proteção social.

Agora ter a comida boa é um direito de todos, ter higiene é um direito de todos, aí passa a ser virtude...ah aqui tem comida boa, aqui tem é... isso é um direito de todos, ninguém tá porque é pobre tem que comer comida estragada...[...] é aqui foi ele ficou aqui naquele banco, aquele você tava aqui o dia que o rapaz chegou vomitando com diarreia e passando mal? Ele trocou ele de roupa, lavou ele, aí ele deitou ali no banco, eu perguntei prá ele o que, que te aconteceu? Ele falou, eu comi um pedaço de frango estragado, falei porque que você foi fazer isso? Minha pergunta foi burra, e ele disse, eu tava com fome (Padre Júlio Lancellotti, entrevista realizada na igreja de São Miguel Arcanjo, Mooca, Zona Leste de São Paulo em 07/02/2022).

O caso relatado pelo padre ilustra bem o cotidiano vivido pela PSR em diferentes cidades brasileiras. A pesquisa realizada pelo Centro Pop em Campos não trouxe informações específicas relacionadas à saúde da PSR. Já a pesquisa nacional, revelou que 18,7% dos entrevistados faziam uso de algum medicamento; 48,6% afirmaram consegui-los por meio dos postos/centros de saúde, sendo essas as suas principais vias de acesso (BRASIL, 2012).

De acordo com o estudo nacional no que diz respeito aos aspectos relativos à saúde do grupo, alguns dos resultados mais relevantes encontrados foram os seguintes: 29,7% dos entrevistados afirmaram ter algum problema de saúde, sendo os de maior prevalência a hipertensão arterial sistêmica 10,1%; seguida por problemas psiquiátricos/mentais 6,1%, HIV/AIDS 5,1% e; por fim, problemas de visão/cegueira 4,6%.

Quanto ao uso de medicamentos, 18,7% dos entrevistados afirmaram fazer uso de pelo menos um, afirmando que os Postos/Centros de Saúde são os seus principais meios de acesso. Finalmente, 43,8% dos entrevistados disseram que procuram primeiramente o hospital/emergência quando estão doentes e outros 27,4% expressaram que procuram o posto de saúde (BRASIL, 2008a).

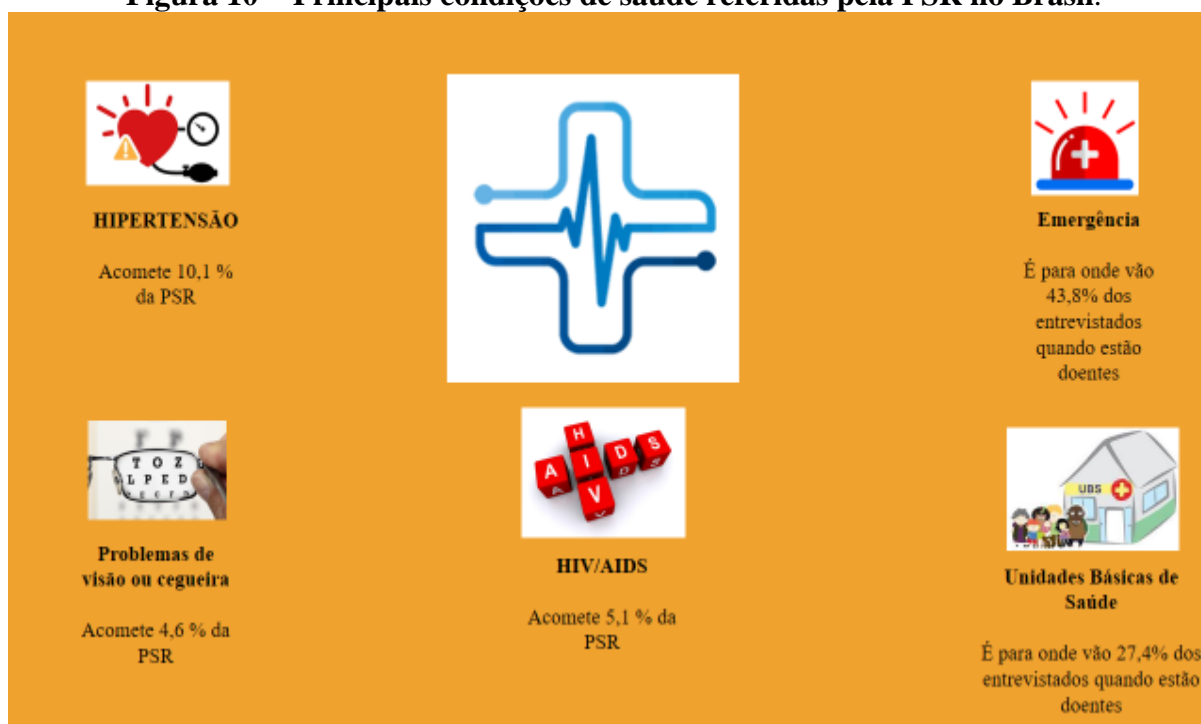
Quando doentes, de acordo com a pesquisa nacional, 43,8% dos entrevistados procuravam em primeiro lugar os hospitais/emergências e, em segundo lugar 27,4%, procuravam os postos de saúde. Esse dado indica o quanto os Consultórios na Rua e outras

estratégias da Atenção Primária à Saúde assumem importância no que se refere ao cuidado ofertado à PSR pois se aproximam do usuário em situação de rua diretamente no seu espaço de sobrevivência (BRASIL, 2012).

Frias *et al.*, (2016) lembram que as equipes de Consultório da Rua têm sido capazes de criar vínculos com a população de rua de forma a levantar suas principais necessidades e tentar mostrar a importância de dar início a algum tratamento ou procurar por algum serviço público de saúde, além de auxiliá-los na retirada de documentos e em outros encaminhamentos.

A seguir, com base em informações do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, listamos por meio da figura 10, algumas das principais condições de saúde observadas na PSR no país.

Figura 10 - Principais condições de saúde referidas pela PSR no Brasil.



Fonte: Elaboração da autora com base na imagem da Rede Juntos plataforma digital⁵⁷.

A fim de compilar as informações encontradas, como pode ser observado resumidamente no quadro 5, foram entrevistados 16 pessoas em situação de rua, das quais 02 diretamente no território da rua e 14 nos espaços institucionais. Quanto ao gênero dos respondentes, foram 11 homens e 05 mulheres com idades que variaram de 24 a 52 anos.

⁵⁷Fonte da imagem: Rede Juntos plataforma digital: Disponível em: <https://wiki.redejuntos.org.br/trails/reinsereir-pessoas-em-situacao-de-rua>. Acessado em: 25/11/2019.

Colaboraram também 15 profissionais de diferentes categorias no interior dos equipamentos socioassistenciais da SMDHS entre psicólogos, assistentes sociais, orientadores sociais e coordenadores.

Em razão do tempo encurtado pelo período pandêmico e mediante o compromisso do cumprimento dos prazos para a conclusão da investigação, foi utilizada a estratégia de envio dos questionários semiestruturados mistos (em anexo) aos trabalhadores atuantes na rede de saúde e da assistência social do município por *E-mail* e por meio do aplicativo de troca de mensagens *WhatsApp*.

Nesta etapa foram contatados 39 profissionais, incluindo a equipe do CnaR, rede CAPS, Postos de Urgência, UBS, serviço de remoção pré-hospitalar próprio da prefeitura de Campos, denominado Emergência em Casa, Corpo de Bombeiros e 03 servidores do Centro Pop que ainda não haviam respondido inicialmente. Dos 39 envios, 15 profissionais fizeram as suas devolutivas escritas, por áudio ou por meio de vídeos gravados e enviados pelo *WhatsApp*, entre os quais: administrativo, auxiliar de serviços gerais, enfermeiro, psicólogo, técnico em enfermagem e assistente social.

Em resumo, participaram da investigação oferecendo material suficiente às conclusões, um total de 52 pessoas as quais responderam direta ou indiretamente aos instrumentos de coleta de informações.

A saturação se deu conforme a observação da repetição das respostas, durante e após o processo de escuta dos áudios coletados, transcrição manual e leitura das informações encontradas. A suficiência se deu no instante em que foi percebido que o número de pessoas participantes já atendia a uma quantidade significativa de histórias, informações e contribuições necessárias ao alcance dos objetivos propostos pela pesquisa, ou seja, a partir do momento em que nas trocas entre pesquisador e protagonistas notou-se que “as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados” (FONTANELLA, et al., 2008, p. 17).

Todos que concordaram em participar da pesquisa após a apresentação da motivação do estudo, assinaram o termo de consentimento com a ciência de que as suas contribuições estavam sendo gravados em áudio e tiveram os seus nomes trocados durante a transcrição a fim de garantir, conforme acordado, o anonimato e assim, dando-lhes liberdade para narrar circunstâncias vivenciadas nas ruas ou no interior dos espaços de cuidar.

Quadro 5 - Trabalho de campo - entrevistas realizadas com PSR, profissionais da SMDHS e servidores da saúde desde julho/2019.

Descrição dos equipamentos socioassistenciais da rede pública municipal de Campos dos Goytacazes/RJ e a capacidade de absorção das demandas da PSR		Equipes de trabalho	Entrevistas realizadas com PSR e seus respectivos locais	Entrevistas realizadas com profissionais que atendem à PSR SMDHS	Questionários semiestruturados enviados e respondidos via e-mail por profissionais que atuam na rede de saúde e SMDHS	Optaram em não participar da pesquisa
			--	--	39	--
Centro Pop	70 pessoas em média/dia	18 profissionais assim distribuídos: assistentes sociais (06), psicólogos (03), orientadores sociais (05), auxiliares adm. (01), segurança (01), auxiliares de serviços gerais (02), além de motoristas plantonistas.	04 ♂	09 assistentes sociais (02), psicólogos (02), orientadores sociais (03), coordenador (01), ex-coordenadora (01).	03 assistente social (02) psicóloga (01)	06 04 pessoas em situação de rua (03 ♂/01 ♀) assistente adm. (01) orientador social (01)
Abrigo Lar Cidadão	20 vagas 15 ♂ e 05 ♀	21 profissionais assim distribuídos: assistentes sociais (02), psicólogo (01), coordenação (01), auxiliares administrativos (02), cuidadores plantonistas (10), cozinheiras (02), auxiliares de serviços gerais (03).	02 ♀	02 coordenação (01), assistente social (01).	--	--
Casa de Passagem	30 vagas 18 ♂, 08 ♀, 01 quarto com 04 leitos para família.	28 profissionais assim distribuídos: assistentes sociais (02), psicólogo (01), coordenação (01), auxiliares administrativos (02), cuidadores plantonistas (10), cozinheiras (02), auxiliares de cozinha (02), auxiliares de serviços gerais (03), vigias (05).	05 01 ♀ 04 ♀	02 coordenação (01), psicóloga (01).	--	--
Abrigo Francisco de Assis	15 vagas para pernoite exclusivamente para homens.	09 profissionais assim distribuídos: assistente social (01), psicólogo (01), coordenação (01), cuidador (01), auxiliar de cuidador (01), auxiliar de cozinha (01), auxiliar de serviços gerais (01), seguranças (02).	02 ♂	02 coordenação (01), psicóloga (01).	--	--
Rede de serviços de saúde mais utilizada pela PSR	--	--	01 ♂	--	12 servidor administrativo (02), ASG (01), enfermeiro (04), psicólogo (01), téc. em enf. (03), assistente social (01)	--
Território da rua	--	--	02 ♂	--	--	--
Total de respondentes	--	--	16	15	15	06
			52			

Fonte: Organização da autora, tomando como base as informações coletadas no diário de campo.

Na sequência, o quadro mostra um resumo do perfil socioeconômico da PSR de Campos e demais situações encontradas durante a construção da averiguação. Vale realçar que, de todos os participantes que iniciaram, nenhum desistiu no decurso da pesquisa e apenas seis pessoas optaram em não participar.

Quadro 6 - Perfil socioeconômico da PSR.

Escolaridade	Fundamental completo (02)	Fundamental incompleto (04)	Médio completo (01)	Médio incompleto (01)	Total
Cor	Parada (05)	Preto (01)	Branco (02)	--	08
Sexo	Masculino (06)	Feminino (02)	--	--	08
Contato familiar	Sim (06)	Não (02)	--	--	08
Motivo de ir/estar na rua	Desemprego (05)	Uso abusivo de SPA (03)	--	--	08
Recebe algum benefício	Sim (07)	Não (01)	--	--	08
Possui documentação	Sim (04)	Não (04)	--	--	08
Dificuldade em ser atendido por falta de documentação	Sim (02)	Não (05)	--	--	08
Dificuldade para se alimentar	Sim (01)	Não (07)	--	--	08
Dificuldade para realizar higiene?	Sim (01)	Não (07)	--	--	08
Deseja sair das ruas	Sim (08)	Não (00)	--	--	08
Adoeceu nas ruas	Sim (07)	Não (01)	--	--	08
Demorou para buscar ajuda	Sim (03)	Não (05)	--	--	08
Considera a saúde um direito de todos	Sim (08)	Não (00)	--	--	08
Dificuldades encontradas para conseguir atendimento	Distância (02)	Falta de documentação (02)	Limitação física/econômica (02)	Falta de respeito (02)	08
Locomoção até o local de atendimento	Caminhando sozinho (07)	Levado pelos Bombeiros (01)	--	--	08
Principal fonte de renda	Guardador de carros (flanelinha) (01)	Bolsa Família (07)	--	--	08
Total de respondentes	16 pessoas em situação de rua				

Fonte: Elaboração da autora com base nas respostas dos questionários semiestruturados

Sobre as condições de saúde, do total das 16 pessoas em situação de rua ouvidas, apenas 07 delas informaram ter problemas crônicos. As enfermidades citadas se encontram descritas no quadro seguinte com um resumo das principais condições de saúde relatadas no levantamento. Deve-se atentar para o fato de que uma mesma pessoa pode citar mais de uma condição. Note-se que, 07 dos 16 entrevistados afirmaram ser portadores de doenças crônicas

e, outros 09 dos 16 entrevistados informaram sobre situações de adoecimento nas ruas, condições que os teriam forçado a buscar auxílio e cuja escolha do local teria sido feita pela proximidade com o seu lugar de permanência na rua (Diário de campo).

Quadro 7 - Sobre as condições de saúde da PSR.

Relataram problemas crônicos de saúde									
Diabetes mellitus		Transtorno psiquiátrico		Hipertensão		Cardiopatía		Problema músculoesquelético	
02		02		01		01		01	
Total de ocorrências: 07									
Situações de adoecimento nas ruas que os forçaram a buscar auxílio									
Dor de dente	Perda momentânea de consciência	Hipertensão arterial sistêmica	Excesso de uso de substâncias psicoativas	Lombalgia	Pneumonia	Transtorno psiquiátrico	Trauma por acidente		
01	02	01	01	01	01	02	01		
Total de ocorrências: 10									
Recorreram à ajuda									
Caminhando sozinho		Auxílio de amigos		Auxílio dos bombeiros		Carro da SMDHS			
05		02		01		01			
Total de ocorrências: 09									
Total de relatos para cada situação discriminada com base no total de 16 respondentes									

Fonte: Elaboração da autora com base no diário de campo.

A fim de facilitar a compreensão sobre o *locus* dessa pesquisa e sobre as suas informações, o mapa seguinte mostra a área central da cidade com as suas principais unidades de saúde. Nos círculos em vermelho estão sinalizadas as duas UBSF (ESF Patronato São José e ESF Parque Rodoviário) mais próximas do território de concentração da PSR que poderiam ser recorrentemente utilizadas pelo grupo, no entanto, as referidas unidades não foram citadas pelos entrevistados. Já o PU da Saldanha Marinho, também localizado na região central, foi citado por 09 dos 16 entrevistados até o momento, como local de preferência na escolha quando da necessidade de buscar por cuidados em saúde.

Na sequência do PU, apareceram o Centro de Referência ao Pé Diabético, PU de Guarus, Hospital Escola Álvaro Alvim, Santa Casa, Centro de Saúde e Centro de Referência para Tratamento de Saúde da Mulher (CRTM). Não houve relatos de busca por atendimentos nos postos de saúde da rede básica municipal.

A PSR campista declarou que a principal via de acesso ao SUS são os serviços de urgência e emergência, lamentavelmente, quando condições crônicas mal cuidadas culminam em quadros agudos (Diário de campo).

Sobre a localização do Posto Médico de Urgência, que de certo modo facilita o acesso da PSR, respondeu a servidora do PU Saldanha Marinho:

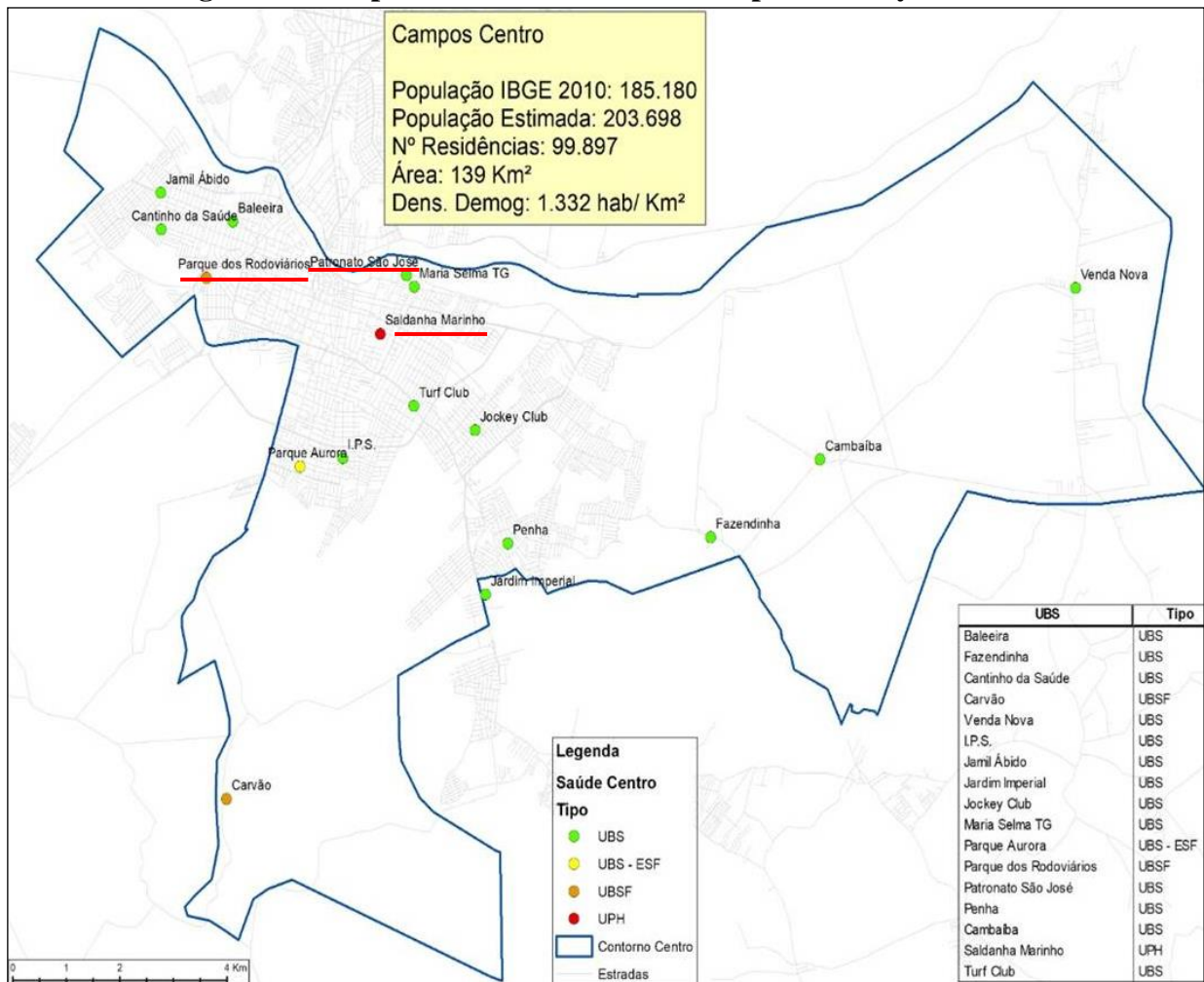
A UPH é uma das poucas unidades de saúde localizadas na região central e é muito procurada por pessoas em situação de rua. A presença de PSR é frequente em nosso atendimento. Muitos procuram para tratamento de ferimentos e atendimentos variados. A maioria que chega de forma espontânea está em boas condições. Pacientes mais debilitados são trazidos pelos serviços 192 ou 193 (Vânia - servidora administrativa do PU Saldanha Marinho em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021).

As informações descritas que tratam sobre como é viver e adoecer nas ruas acompanham os achados da literatura especializada. Souza (2012) destaca que os problemas de saúde da PSR estariam relacionados como causas ou consequências dos modos de viver na rua e completa afirmando que há quem vá viver na rua e por causa disso adoça e há quem adoça e vá morar na rua.

De acordo com 7% dos entrevistados pela Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua desenvolvida pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, o “problema de saúde” foi a causa de ida para as ruas. Souza (2012) elenca uma série de questões ligadas à saúde e ao adoecimento da PSR e chama atenção para o fato de que a vida na rua pode precipitar problemas de saúde secundários diante do “aumento da exposição a riscos de doença, como vulnerabilidade às violências, ingestão de alimentos e água contaminados, variações climáticas extremas e muitos outros” (p. 51).

Na figura 11, apresentamos o mapa central da cidade com destaque para algumas das principais unidades públicas de saúde, dentre as quais, figuram o PU Saldanha Marinho bastante utilizado pela PSR e duas UBSF que poderiam ser utilizadas pela PSR, entretanto, ainda não o são.

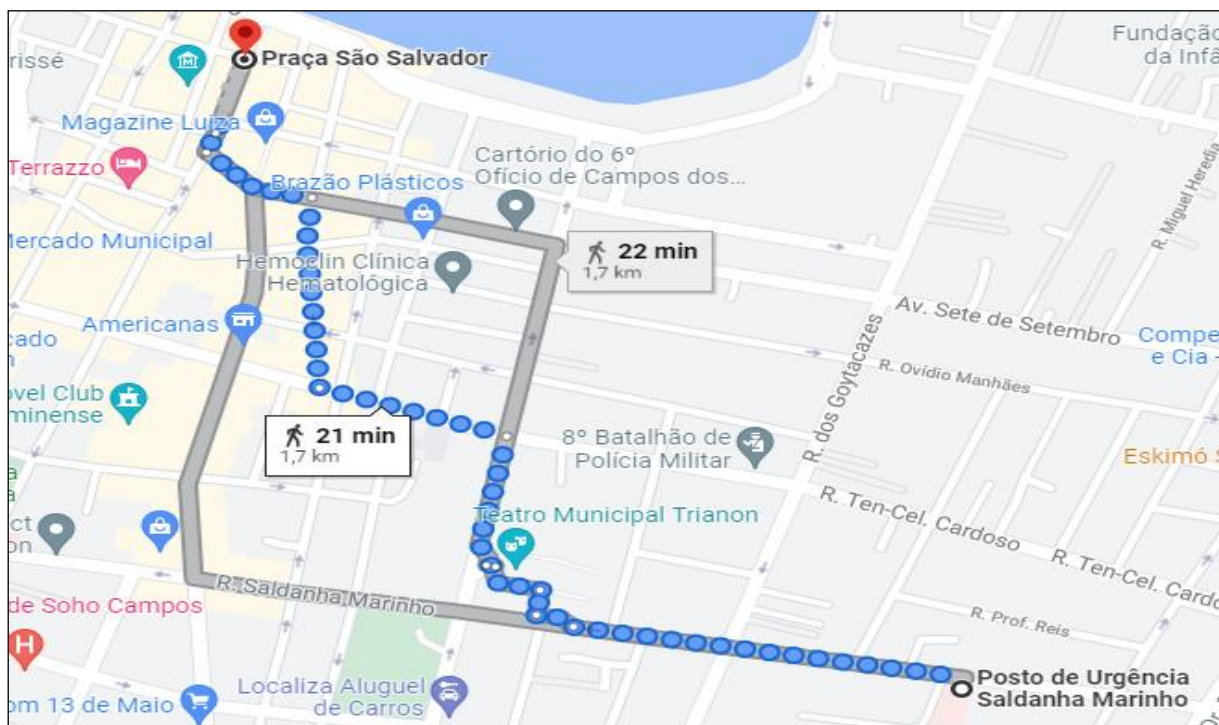
Figura 11 - Mapa central da cidade de Campos dos Goytacazes/RJ.



Fonte: Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes/RJ.

Na sequência, a figura 12 mostra o deslocamento de uma pessoa em situação de rua, a pé, desde a Praça São Salvador até o PU da Saldanha Marinho. Já na sequência, a figura 13 ilustra a distância percorrida caminhando até a unidade de saúde mais próxima a partir da Rodoviária Roberto Silveira, sendo estes dois locais, os pontos de maior concentração da PSR de acordo com os profissionais do CnaR de Campos.

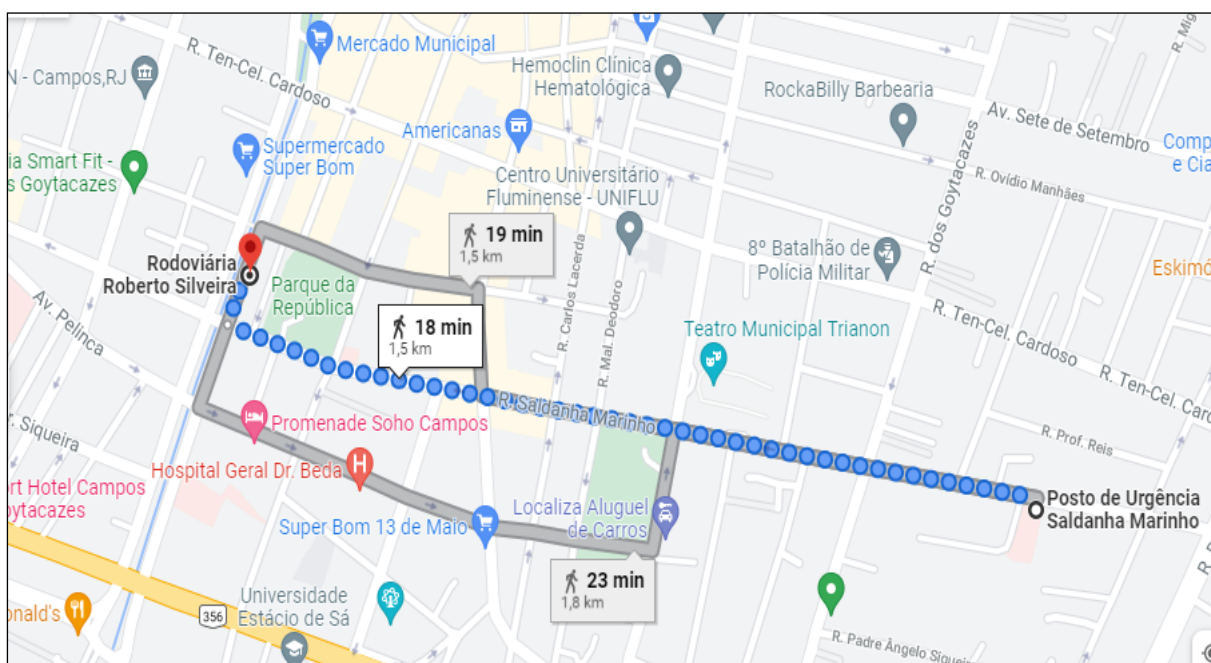
Figura 12 - Distância percorrida pela PSR entre a Praça São Salvador e o PU da Saldanha Marinho.



Fonte: Google Maps. Disponível em: <https://www.google.com.br/maps/@-21.7647071,-41.3510857,15z>.

Na figura seguinte, aparece outro trajeto bastante repetido pela PSR na busca por cuidados em saúde e mostra o deslocamento feito a pé desde a Rodoviária Roberto Silveira que é outro ponto de bastante concentração da PSR até o PU da Rua Saldanha Marinho.

Figura 13 - Distância percorrida pela PSR entre a Rodoviária Roberto Silveira e o PU da Saldanha Marinho.



Fonte: Google Maps. Disponível em: <https://www.google.com.br/maps/@-21.7647071,-41.3510857,15z>.

A partir dos relatos dos servidores das unidades de saúde, da assistência e da PSR foi possível perceber, no período analisado, que o Posto de Urgência Saldanha Marinho é o serviço mais procurado pelo grupo quando necessitam de cuidados pois se encontra localizado na área central da cidade, coincidindo, portanto, com os locais de maior concentração da PSR como observado na tabela 2.

A região central da cidade possui maior relação com o *rol* de ações e serviços da rede formal e informal que compõem as atividades assistenciais entregues ao grupo, como por exemplo, abrigos, comércio, circulação de pessoas, doações, alimentação, entre outros. Sobre as condições de saúde da PSR, servidores da equipe do CnaR e do Centro Pop reafirmaram que o grupo tem dificuldades em se perceber doente.

[...] nenhum faz, diz que tem nada, todos eles dizem que são ótimos, mas quando a gente observa que ele tá tossindo muito, que tá acontecendo, que tá tendo um movimento mais estranho a gente encaminha pro hospital pra ver se tá com tuberculose e, e outras doenças mais...[...] gripe, febre, mas eles nunca questionam, nunca não, alguns questionam pede prá... dor de dente muita, mais eles só pedem quando tá lá...bem já... num tá aguentando mais, aí eles pedem (Ana - Orientadora Social do Centro Pop, entrevista realizada em 30/10/2019).

Penso que para a PSR não é tão fácil enxergar seu adoecimento, visto que na rua ela tem diversas outras preocupações “mais urgentes”, tais como alimentação e segurança (Conceição - profissional de saúde servidora do PU psiquiátrico, em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021).

Para Tavares (2016), as concepções sobre saúde-adoecimento estariam assentadas sobre recursos cognitivos variáveis em razão dos diversos capitais culturais, sendo assim, a avaliação dos sintomas e da sua gravidade surge frequentemente associada às representações de saúde e de doença nos diferentes grupos sociais, tomando como referência os seus quadros socioculturais.

No que se refere à PSR como já citado, há uma demora na tomada de decisão na busca por auxílio desde o surgimento dos sintomas. Fato este que acarreta consequências diretas sobre a prevenção e ou agravamento de doenças. Explicam Hallais & Barros (2015) que, por conta dessa tomada de decisão tardia, a PSR acaba indo parar nas portas de entrada dos serviços de urgência e emergência que são de caráter curativo-medicamentoso.

Face à tolerância da dor, imposta pela necessidade do uso do corpo como instrumento de sobrevivência, a PSR retarda a busca por auxílio. Condição que para Tavares (2016), estaria em estreita relação com as condições do meio onde vivem e trabalham, sendo determinada pelos que exercem trabalhos dependentes do corpo como ferramenta. Conclui: “[...] a dor tende a ser mais facilmente suportada e simultaneamente desvalorizada por

indivíduos que exercem profissões “manuais” mais “pesadas” e mantêm uma relação mais instrumental com o corpo (p. 45).

Neste percurso cruel de exclusão são vistos pela sociedade como incômodos, destoam da paisagem urbana, acrescenta Frangella (2009):

[...] Desprovidos de bens materiais, sem casa, absolutamente fora das práticas de consumo, envelhecendo na rua, corpo sujo e fétido que os mimetiza no asfalto, o morador de rua aparece como uma ameaça às definições normativas do espaço urbano e às projeções corporais idealizadas (p. 61).

Retomando os resultados do campo da pesquisa, ao serem perguntados sobre quais Itinerários Terapêuticos acionaram quando precisaram de cuidados em saúde; dos (16) entrevistados (06) disseram ter recorrido aos serviços de emergência por conta própria e (02) afirmaram terem sido socorridos pelo Corpo de Bombeiros. Os demais responderam que foram auxiliados por outras pessoas e meios, como amigos, instituições de caridade ou se automedicaram. Quando perguntados sobre as causas das possíveis dificuldades encontradas durante os atendimentos, houve relatos acerca de longas distâncias a serem percorridas, ausência de documentos, limitações físicas e econômicas, carência de medicamentos nas unidades de saúde e falta de respeito dos profissionais durante os atendimentos (Diário de campo).

Sobre uso abusivo de substâncias psicoativas, o levantamento realizado pelo Centro Pop revelou que 53% das pessoas faziam uso dessas substâncias, das quais 22% declararam interesse em realizar tratamento.

Na presente pesquisa, coadunam com o levantamento feito pelo Centro Pop, os dados produzidos no campo a partir da coleta das falas que revelaram que dos 16 entrevistados 10 pessoas relataram uso abusivo de tabaco, álcool ou outras substâncias, outras 06 afirmaram não ter problemas com uso drogas no momento. Vale observar, todavia, que muitas pessoas por medo ou por vergonha, não assumem o uso dessas substâncias, especialmente, quando se tratam das substâncias ilícitas.

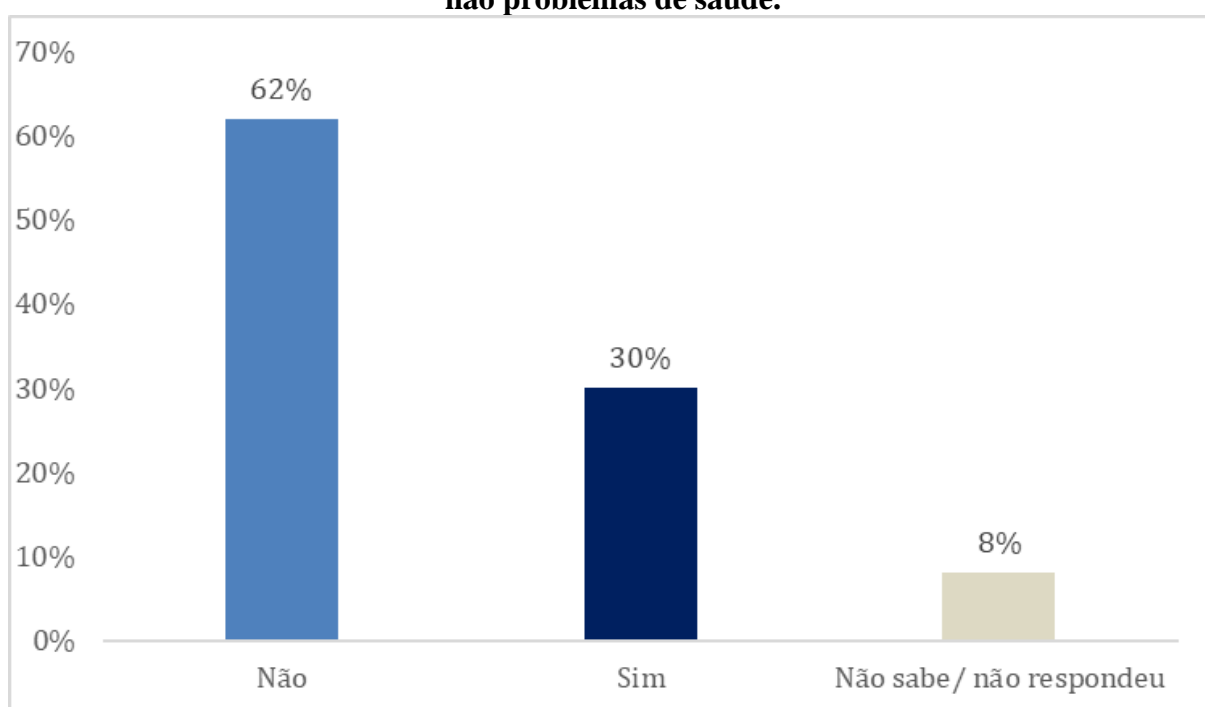
Sabidamente, o consumo de substâncias psicoativas está inserido no cotidiano da PSR. Esta condição se associa a uma série de outras situações que os expõem a outras vulnerabilidades e riscos de toda ordem. Trata-se, portanto, de um problema que desafia a gestão pública no que diz respeito à formulação de políticas sociais que valorizem as especificidades do segmento estudado.

Destaque aqui, como fundamental, o trabalho das equipes de CnaR, especialmente no que se refere às diretrizes da Política Nacional de Redução de Danos, regulada por meio da

Portaria Ministerial Nº 1.028 de 1º de julho de 2000 que regulamenta as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência.

Retomando a discussão acerca da manifestação/observação sobre as queixas de saúde na PSR, a seguir o gráfico mostra que entre as pessoas ouvidas pelo Censo Nacional realizado em 2008, 62% relataram não apresentar problemas de saúde, número que pode expressar a dificuldade do grupo em se perceber doente.

Gráfico 6 - Declaração das pessoas em situação de rua quando indagadas se tinham ou não problemas de saúde.



Fonte: Elaboração da autora, com base no Manual sobre o Cuidado à saúde junto à População e Situação de Rua com base na Pesquisa Nacional sobre a PSR, Meta/MDS, 2008.

Os agravos em saúde mental, as variáveis envolvidas no uso e no tráfico de drogas, a ruptura de vínculos familiares, além das dificuldades de prevenção aos inúmeros agravos em saúde pelas suas condições socioeconômicas, são exemplos de que os profissionais de saúde devem buscar parcerias que envolvam outros agentes a fim de oferecer atenção integral à saúde dessas pessoas. Daí como já mencionado, a importância de além dos fatores biológicos, serem observados os condicionantes e determinantes sociais no processo de saúde/adoecimento na PSR (BRASIL, 2012).

As situações atreladas às singularidades da PSR carecem de uma percepção mais acurada por parte dos profissionais de saúde a fim de que tenham condições de orientar a sua prática assistencial diante da complexidade do público assinalado; considerando para tanto:

história de vida, vínculos familiares, queixas e demandas principais de saúde, potencialidades do indivíduo, grau de instrução, origem do sujeito, faixa etária, tempo de situação de rua, uso de álcool e outras drogas, condição de saúde (sofrimentos emocionais, doenças crônicas, dermatoses, tuberculose), uso de medicamentos, forma de geração de renda, riscos, vulnerabilidades e tempo em situação de rua (BRASIL, 2012).

A partir dos relatos colhidos junto aos profissionais e à própria PSR, a seção seguinte buscará revelar as dificuldades do grupo em se perceber adoecido e como pessoas portadoras de direito universal à saúde. Neste sentido, e de modo a atender um dos objetivos centrais dessa averiguação, a partir da transcrição das falas de pessoas em situação de rua e de servidores, foi esmiuçada a questão do acesso da PSR aos serviços públicos de saúde na cidade em tela.

4.2 O acesso da PSR aos serviços da rede pública de saúde na cidade de Campos dos Goytacazes/RJ

As informações desta seção visaram analisar as condutas dos profissionais que atuam nas unidades de saúde. Buscaram também, especialmente, esclarecer situações referentes ao acesso da PSR aos serviços de saúde, além de evidenciarem a necessidade de refletir sobre práticas assistenciais que valorizem a pessoa e, sobretudo, o potencial de resgate da autonomia que incentive a coparticipação no processo do cuidado ofertado ao grupo.

Neste caminho, sugerem Bacellar *et al.*, (2012), que habilidades como empatia e abordagem centrada no indivíduo devem ser incentivadas entre os profissionais da saúde, de modo que, o cuidado prestigie as relações interpessoais os aproximando das singularidades de cada um.

No que diz respeito ao acesso ao direito de acesso à saúde, tomando como base o manual sobre cuidado à PSR, tem-se a seguir um resumo das possíveis barreiras encontradas pelo grupo que não diverge quando se trata do nosso *locus* de investigação (BRASIL, 2012, p. 40).

1. Hospitais exigem acompanhante para a pessoa em situação de rua ser atendida;
2. As UBS tradicionais não costumam adscrever moradores de rua;
3. Os serviços de resgate pré-hospitalar, muitas vezes, têm dificuldade em atender os chamados de atendimentos para PSR;
4. Os horários de funcionamento das unidades de saúde e o agendamento de consultas, às vezes, são incompatíveis com os horários de sobrevivência na rua;

5. Alguns profissionais de saúde alheios à realidade da PSR prescrevem medicamentos caros e inexistentes na rede;
6. Carência de serviços e de profissionais de psiquiatria na rede pública de saúde e assim, dificultando o suporte aos usuários de álcool e outras substâncias psicoativas;
7. Inabilidade dos profissionais de saúde para o trabalho com a PSR;
8. Dificuldade de acesso a leitos de internação e carência de locais de acolhimento para restabelecimento pós-alta hospitalar;
9. Dificuldade na marcação de consultas especializadas.

Diante das situações anteriormente elencadas, verificou-se a importância da construção de uma rede de cuidados que vise à proposta de humanização das ações e serviços de saúde, sobretudo, que possibilite aos trabalhadores e gestores direcionarem o escopo das suas ações à construção concreta de transformações, de modo a incluírem os usuários na edificação de processos de trabalho que priorizem verdadeiramente as suas reais necessidades (BRASIL, 2012).

Especificamente, no caso de Campos, três técnicos do Centro Pop quando indagados sobre os possíveis motivos que levariam a PSR a retardar a busca por ajuda disseram durante as entrevistas que as principais queixas do grupo se referem à demora no tempo de espera para atendimento na rede básica e sobre a possibilidade de obter sucesso no atendimento via serviços de urgência/emergência. Fica claro que recorrem ao que lhes é possível.

[...] porque na emergência tem mais chance dele conseguir [...] o usuário tava com dor de dente e eu mesma fui levar na UBS porque disseram que tinha vaga prá morador de rua. Eu cheguei lá disse que era do Centro Pop e disseram que não tinha mais vaga [...] não atendeu [...] num tem vaga, eu falei com ela a gente tem 15 vagas por semana e a gente não trouxe ninguém ainda essa semana, como num tem vaga? [...] não foi atendido, voltou prá cá e a colega levou pro PU da Saldanha Marinho [...] e também não foi atendido porque num tinha dentista aí ele foi embora, continuo com dor [...] foi prá rua (Joelma - Psicóloga do Centro Pop, entrevista realizada em 13/12/2019).

É o caso de um rapazinho, que saiu daqui agora..., ele é...foi baleado há anos atrás, ele tem uma cicatriz, ele tem uma cicatriz é grande na barriga e ele tá sentindo uma dor atravessada tem três dias e aí ele vem tomando remédio por conta própria né? Prá tentar amenizar a dor frequentando o serviço, mas sem falar nada, hoje ele pediu socorro, [...] aí o carro foi levar pra UPA (Selma - servidora do Centro Pop, entrevista realizada em 19/12/2019).

[...] ninguém ajuda não uai, pessoal num qué ajudar ninguém que mora na rua não, prá eles quem mora na rua é tudo drogado, é tudo vagabundo, é tudo cracudo, quem mora prá esses, quem tá na rua é...é...prá eles é um cachorro sem dono, a mesma coisa dum rato do esgoto que cê vê ali na rua que não vai ter valor prá ninguém, não tem valor, não serve, não presta prá nada (Marcelinho – PSR, entrevista realizada no interior da Casa de Passagem em 16/09/2021).

A narrativa dos entrevistados também nos levam a refletir sob a concepção de Varanda & Adorno (2004) quanto à busca por ajuda a partir das demandas de saúde percebidas pela PSR que na maior parte dos casos materializar-se-ia nos serviços de urgência/emergência. Haja vista a questão do estigma e da necessidade de sobrevivência premente, fazendo com que muitos não consigam perceber os sinais e sintomas da enfermidade ou, ainda que percebam, retardem a busca por auxílio até que surja uma condição de risco iminente de morte.

As entrevistas revelam situações de descaso que se traduzem pela demora recorrente na busca por auxílio, quanto a isso, Frias *et al.*, (2016) contribuem com o debate lembrando da importância da criação de políticas intersetoriais que atendam as especificidades do grupo social em análise, utilizando-se, para tanto, de ações integradas entre os órgãos públicos.

Ainda sobre a demora na busca por auxílio, esclarecem os profissionais do CnaR.

[...] eles tendem na maioria das vezes amenizar as queixas e buscam por atendimentos de emergência quando a saúde já se encontra bem debilitada[...] eles possuem muita resistência para se direcionarem as unidades justamente pelas dificuldades que os mesmos vivenciam com frequência, como a falta de respeito no acolhimento e atendimento de alguns profissionais de saúde, preconceito pela questão social, atendimentos que já foram negados por falta de documentação (Dayse - profissional do CnaR em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021).

[...] o que por vezes pode vir a agravar seu quadro de saúde. Nesse caso, a dependência química mais uma vez se torna um inimigo, fazendo com que o vício adie ou até mesmo faça com que recuse o tratamento/acompanhamento necessário (Bárbara, profissional do CnaR em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021).

Em geral as PSR são trazidas por algum serviço de remoção do município, como bombeiro ou Autopista. As pessoas trazidas por populares são em menor número. Em geral, essas pessoas são trazidas por apresentarem comportamentos considerados inadequados, “perturbação da ordem” ou por se colocarem em risco (pessoas andando pela estrada ou “se jogando” na frente dos carros). Eu não usaria a palavra “debilitados” para descrever o estado como as PSR chegam ao serviço, mas em geral, chegam bem cansadas e com fome (Conceição - profissional de saúde servidora do PU psiquiátrico, em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021).

[...] em caso de urgência/emergência nossa equipe aciona o 192 para a remoção do usuário. Em alguns dos chamados, já chegamos ouvir que o atendimento é só para emergência em casa, mas sabemos que a casa de psr é a rua (Róbson -profissional do CnaR em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021).

É possível perceber uma inação do setor público no que diz respeito à organização e à oferta de serviços essenciais a estes cidadãos, o que coloca-os em condições de ausência de cidadania⁵⁸ e de exclusão social.

Neste contexto, o termo cidadania remete à ideia defendida por Sarah Escorel (1999) de indivíduos portadores de interesses e de direitos legítimos, com poder de agir e de falar, classifica a exclusão social como algo que não se caracteriza apenas pela extrema privação material mas, principalmente porque:

Essa mesma privação material “desqualifica” seu portador, no sentido de que lhe retira a qualidade de cidadão, de brasileiro (nacional), de sujeito e de ser humano, de portador de desejos, vontades e interesses legítimos que o identificam e diferenciam. A exclusão social significa, então, o não encontrar nenhum lugar social, o não pertencimento a nenhum *topos* social, uma existência limitada à sobrevivência singular e diária (ESCOREL, 1999, p. 81).

Como possibilidade de mudança de paradigmas para este cenário, Frias *et al.*, (2016) mencionam a Portaria n. 3.305, de 24 de dezembro de 2009⁵⁹ que institui o Comitê Técnico de Saúde para a PSR que destaca o seguinte: propor ações de atenção à saúde que visem garantir o acesso da população em situação de rua aos serviços do SUS; apresentar subsídios técnicos e políticos voltados para a atenção da saúde desta população no processo de elaboração, implantação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde; elaborar e pactuar propostas de intervenção conjuntas nas diversas instâncias e órgãos do SUS; participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população em questão e; colaborar com a elaboração, o acompanhamento e a avaliação de ações programáticas do Ministério da Saúde no que se refere à saúde desta mesma população.

Em último caso, é isso daí...a palavra é essa em último caso,[...]só vai se tiver no último furo, é...muitos poucos procuram, é quem já sabe que tem um diabetes, aí tipo procura fazer a sua, mas agora fora o resto, se tiver mesmo passando mal. Tava uma aqui que tava achando que tava grávida, tava num sei o que no estômago, com uma dor no estômago, ela queria o remédio mas não queria ir no médico (Marcelo – Orientador social do Centro Pop, entrevista realizada em 13/12/2019).

Diante de tais circunstâncias, reforça-se o fato de que as desigualdades sociais favorecem as desigualdades em saúde, conseqüentemente, facilitam processos geradores de

⁵⁸ Marshall (1967) trata do aspecto da cidadania, assim conceituando-a: “[...] um status concedido àqueles que são membros integrais de uma comunidade. Todos aqueles que possuem o status são iguais com respeito aos direitos e obrigações pertinentes ao status. Não há nenhum princípio universal que determine o que estes direitos e obrigações serão, mas as sociedades nas quais a cidadania é uma instituição em desenvolvimento criam uma imagem de uma cidadania ideal em relação à qual o sucesso pode ser medido e em relação à qual a aspiração pode ser dirigida” (MARSHALL, 1967, p. 76).

⁵⁹PORTARIA Nº 3.305, DE 24 DE DEZEMBRO DE 2009. Institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305_24_12_2009.html. Acessado em: 26/06/2022.

iniquidades de acesso aos serviços assistenciais públicos como ocorre no caso da PSR. Para o enfrentamento dessas situações defende Barata (2009) que se faz necessário:

[...] buscar compreender os processos que as produzem e identificar os diferentes aspectos que estabelecem a mediação entre os processos macrossociais e o perfil epidemiológico dos diferentes grupos sociais é uma condição indispensável para que seja possível buscar formas de enfrentamento, sejam elas no âmbito das políticas públicas, sejam elas no âmbito da vida cotidiana (BARATA, 2009, p. 109).

Além das barreiras de acesso, as desigualdades sociais modificam determinados padrões de comportamento nas pessoas.

Sublinham Silva *et al.*, (2008), que compreender-se doente para quem sobrevive nas ruas, pode ser concebido de maneira diferenciada, pois, diante das suas condições precárias de vida, o pensamento acerca do valor simbólico de estar doente passa pelos distintos padrões culturais, além do crivo sob o qual, o corpo passa a ser considerado como único instrumento de trabalho que não pode parar.

Deste modo, os autores destacam que, em razão da precariedade em que vivem e tendo em vista o uso exaustivo da sua energia física para sobrevivência, as pessoas em situação de rua possuem maneiras próprias no que diz respeito à percepção do processo saúde-doença e, conseqüentemente, apresentam, de modo geral, padrões comportamentais diferenciados na tomada de decisão na busca por cuidado.

Além do mais, não se pode deixar de mencionar o estigma, condição que impõe barreiras exaustivas à PSR e, por conseguinte, reforça a resistência em buscar ajuda, conforme pode ser constatado a seguir por meio das transcrições das falas dos participantes.

[...] eu demoro, eu só vou em último caso mesmo...(risos)... é quando já num tô aguentando mais (Wesley – PSR, entrevista realizada no interior do Centro Pop em 09/12/2019).

[...] é por isso, que se falar que é de rua que é de casa de passagem prá eles é tudo vagabundo, é tudo cracudo, é tudo noiado, é prá eles num vale nada, se pudesse eliminar quem mora na rua entendeu? acho que prá eles isso seria uma boa (Marcelinho – PSR, entrevista realizada no interior da Casa de Passagem em 16/09/2021).

Para Goffman (1980), o estigma é definido como um atributo negativo (depreciativo), que torna o sujeito diferente, diminuído ou possuidor de uma desvantagem. Deste modo, se estabelece uma relação entre certos atributos e estereótipos que fomenta manifestações de discriminação entre os sujeitos ou grupos portadores das marcas tidas como indesejáveis, situação tipicamente enfrentada por quem vive na rua.

[...] às vezes a pessoa tá mal, aí nem bombeiro tá querendo vim, quando...quando sabe que é gente, que é gente que num é né? Gente que tá em pobreza de situação de rua, eis num vem não (Diego – PSR, entrevista realizada no Centro Pop em

25/09/2019).

[...] porque num tem como marcar um médico, quando vai atender, a pessoa morre e não é atendida (João – PSR, entrevista realizada no Centro Pop em 18/09/2019).

A predominância dos estudos encontrados no campo da saúde relacionados ao conteúdo do conceito de estigma, geralmente, encontra-se vinculada à sua própria origem, relacionado a marcas corporais e à sua posterior aplicação a partir da contribuição de Goffman (1980) na análise de doenças que junto com os sintomas físicos, conduzem a um conjunto de condenações morais aos seus portadores.

Para o autor, o núcleo do processo de estigma seria a ideia de um corpo marcado, sem observância à uma dinâmica social de produção de desigualdades que se reproduz com certa autonomia em relação aos sujeitos *de per se* (MONTEIRO ET AL., 2013).

O modelo “goffminiano” de estudos do campo da saúde, parece estar relacionado ao conteúdo do conceito no qual a ideia de “marca corporal” é próxima dos modelos que explicam as doenças com base no corpo biológico e nos comportamentos individuais. Importante notar que tal apropriação negligencia a análise dos processos sociais que configuram o sentido de si ao sujeito e à sua corporalidade, indispensáveis na observação e na análise do universo aqui investigado.

Utilizando como exemplo a PSR, tomando como base as reflexões foucaultianas, confirma-se que é vocação da biomedicina, conforme já discutido, campo de práticas e produção de verdades que incorpora na perspectiva de “doença” ou “desvio” aquilo que é considerado socialmente indesejável, disfuncional ou diverso (FOUCAULT, 2010).

Entretanto, para o campo da saúde de acordo com Nunes (2009) o reconhecimento das contribuições do conceito de estigma, como originalmente formulado por Goffman, não impede que sejam assinalados alguns limites no seu uso.

Diante disso, explicam-nos Monteiro *et al.*, (2013, p. 73) que a assunção de que o estigma gera preconceito e que este gera discriminação onde se supõe que a “origem dos processos de discriminação no estigma, sem considerar que a produção do estigma pode ser consequência de processos sociais de exclusão, nos quais a criação de preconceitos e de formas de discriminação são elementos-chave”.

Tais questionamentos aplicados ao segmento da PSR nos auxiliam a situar o estigma e a discriminação no conjunto de processos que criam desigualdades entre sujeitos, ao mesmo tempo, revelam os desafios na análise das tensões e das retroalimentações entre comportamentos individuais e práticas coletivas (MONTEIRO ET AL., 2013).

De acordo com Monteiro *et al.*, (2013) é preciso analisar a produção do estigma e da

discriminação. Com destaque para os modos pelos quais certos indivíduos ou grupos passam a ser postos à margem da sociedade e nos processos sociais que atualizam esses mecanismos.

Nessa perspectiva, o estigma é parte de uma complexa luta de poder presente no centro da vida social, vinculada às desigualdades sociais e estruturais, portanto, pensar estigma como resultado do processo e não como a sua origem, colabora para que grupos sociais como a PSR, movam-se das percepções individuais para atributos indesejáveis identificados coletivamente (PARKER & AGGLETON, 2003).

Sob este enfoque, para Monteiro *et al.*, (2013) o estigma pode ser analisado mediante uma estrutura social mais ampla entre as relações de poder presentes na sociedade, de modo a contribuir para a possibilidade de considerar as desvantagens sociais como processos relacionados à estigmatização e a resistência aos grupos estigmatizados.

Tal enfoque é complementar à compreensão do estigma como resultado de processos de ‘culpabilização’ e perda de *status* social para os estigmatizados (ao menos, no olhar daquele que manifesta o estigma); geradores de efeitos negativos, ainda que não resultem no estigmatizado em uma ação discriminatória, associados à dificuldades de acesso aos bens e serviços.

Neste sentido, complementa Deacon (2006), que tais ocorrências afetam o cuidado individual com a saúde e a busca por melhorias na qualidade de vida, características explicitadas durante as entrevistas realizadas no campo de pesquisa desta tese.

Acrescentamos às análises sobre o estigma em saúde, reflexões acerca do conceito de *habitus* que nos auxiliaram a pensar sobre as relações e modos comportamentais da PSR que nas palavras de Bourdieu (1983, p. 82), se refere “às diferentes posições que os grupos ocupam no espaço social correspondem estilos de vida, sistemas de diferenciação que são a retradução simbólica de diferenças objetivamente inscritas nas condições de existência”.

Setton (2002) concebe *habitus* como proposto por Bourdieu e nos convida a refletir acerca das características sociais identitárias de grupos de pessoas. Constituindo-se assim, como um sistema em constante reformulação no mundo contemporâneo e sendo instrumento conceitual capaz de auxiliar a pensar a relação e a mediação entre os condicionantes sociais exteriores e subjetivos dos sujeitos, logo se aplica quando pensamos em pessoas vivendo em situação de rua.

Na visão Jóhannesson & Popkewitz (2011) o *habitus* se constitui em algo não estático e sim estruturante, continuamente corporificado junto às trajetórias sociais que levam a mudanças nos indivíduos em determinados campos sociais.

Martins (2002) destaca que o *habitus* não se constitui um fenômeno acabado, e sim, evolui e se ajusta as experiências, ocasionando o surgimento muitas vezes de descompasso ao que já foi acumulado ao longo do tempo com a situação do presente.

A PSR pode exemplificar o potencial social como um produto da posição ocupada no espaço social pelos agentes das práticas e das implicações daí decorrentes. Essa posição está relacionada com o volume global de capital apropriado, bem como com a sua composição (capital econômico, cultural, político, social e simbólico) e com a sua trajetória social Bourdieu, (2006 [1979]).

Ou seja, percepção sobre o estado de saúde e a “capacidade de fazer com que o corpo faça o que ele não parecia prometer” (Canguilhem, 2005, p. 43) são, sobremaneira, influenciadas pelo conjunto de recursos materiais e simbólicos dos quais se apropriam nas lutas específicas, nos diversos campos do espaço social e que podem ou não potencializar sua bagagem genética, fato recorrente para quem vive nas ruas.

O conceito sociológico de *habitus* sob a visão de Bourdieu, caracteriza-se no plano simbólico, ou como mero resíduo da vida social dos seres humanos, como por exemplo, gostos, estilos de vida, condutas de risco e idiosincrasias de base étnico-cultural ou implica considerar, nas séries semânticas tomadas como embasamento linguístico dos conceitos, um componente etnológico essencial para a compreensão da dinâmica das desigualdades em saúde na sociedade, especialmente, quando se trata da PSR (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 28).

Uma outra questão relacionada à saúde e ao cuidado da PSR, diz respeito a adesão e a rotina de tratamento. Escreve Souza (2012) sob a lógica de sobrevivência e seus desafios e, como esses fatores influenciam no desfecho do autocuidado, tais como: compromissos de retorno à unidade com datas distantes, uso de medicamentos com horários predeterminados para quem não dispõe de tempo e de relógio, além das adversidades impostas, dificultam e muitas vezes podem até mesmo impedir tais cuidados. Seguem abaixo os relatos de alguns profissionais sobre essas questões:

Óoo a dificuldade maior prá se cuidar que quem tá na rua é realmente os abusos de álcool e droga, isso dificulta, dificulta muito porque perde o chão... do uso abusivo que é o que faz retardar, em cima disso o uso abusivo de álcool e drogas, entendeu? Acho que deveria ser mais trabalhado isso, a redução de dano, porque é isso que atrapalha todas as pessoas na rua (Fábio - PSR, entrevista realizada na Casa de Passagem em 16/09/2021).

Não é possível para uma pessoa que vive na rua, por exemplo, fazer uso de medicação psiquiátrica 3 vezes ao dia (Conceição - profissional de saúde servidora do PU psiquiátrico, em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021).

Quanto às situações relacionadas a continuidade do tratamento de doenças como a tuberculose, tipicamente periférica nas grandes cidades e nas regiões mais remotas do país e que atinge frequentemente a PSR pois é um grupo populacional desprovido material e culturalmente, e que por conta disso se tornam presa fácil da enfermidade que se devidamente tratada pode ser curada e controlada. Na realidade, como não possuem os meios para evitar o contágio ou, não sabem como fazê-lo ainda há o agravante de serem mal assistidas quando adoecem, a PSR serve para ilustrar a denominação “doença da pobreza” (LUNA, 2018).

[...] a interrupção espontânea dos tratamentos, dificuldade de articular um fluxo para o acesso dos mesmos na assistência, visto que ainda encontramos preconceito mediante a realidade do público (Dayse - profissional do CnaR em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021).

A interrupção do tratamento conforme o relato da profissional do CnaR estaria também atrelada ao fato de que a PSR, em sua grande maioria, “além de não possuir uma base formal de ensino e uma conduta de vida disciplinada, não dispõe de habitação saneada, fatores que acarretam o fracasso no prosseguimento das ordens terapêuticas” (LUNA, 2018, p. 339).

Além do mais, fica evidente a ocorrência frequente de roubos de pertences nas ruas, incluindo medicamentos e prescrições médicas. Cabe notar a exposição sofrida pela PSR a inúmeras dificuldades, aos ambientes insalubres e, conseqüentemente, ao aumento da chance de contrair doenças.

Outras situações como descrevem Krenzinger *et al.*, (2017) estão relacionadas à violência relativa ao preconceito e à discriminação, à negligência e ao atendimento deficitário nos serviços públicos, passando pela “arquitetura antimendigos” - característica hostil das construções em alguns espaços das grandes cidades que buscam impedir a permanência da PSR nestes locais.

Explicam Varanda e Adorno (2004, p. 65) que a denominação arquitetura hostil vem sendo utilizada desde a década de 1980 e refere-se à inclusão de artefatos que impedem a permanência de pessoas em situação de rua em certos locais, dificultando o abrigo em locais mais protegidos. Vão desde a instalação de tubos de água que mantêm as calçadas molhadas, ferragens pontiagudas, gradis que cercam praças e marquises além de, colocação de pisos irregulares, luzes e superfícies inclinadas alinhadas a ameaças explícitas.

A terminologia aporofobia, termo cunhado pela escritora e filósofa espanhola Adela Cortina que significa rejeição à pobreza, expressa-se pelo preconceito e pela discriminação contra pessoas desfavorecidas economicamente e ficou bastante evidente em 2021 e, em específico ao objeto desta tese, muito em razão da contribuição do Padre Júlio Lancellotti e da

sua luta em favor dos mais vulneráveis.

Outra questão para a qual o padre chamou atenção, diz respeito aos termos: **arquitetura hostil, arquitetura antimendigos ou arquitetura da exclusão**, palavras usadas para se referirem a estratégias de *design* urbano que se utiliza de elementos que restrinjam certos comportamentos no espaço público como, por exemplo, o acesso e a permanência de pessoas, especialmente, as que se encontram em situação de rua a determinados locais⁶⁰.

Acerca disso, no último dia 07 de fevereiro de 2022, em entrevista fornecida como contribuição a esta pesquisa, Padre Júlio narra para mim uma passagem acerca de denúncia de aporofobia feita por ele e como isso se reverte em ameaças constantes:

***Padre Júlio** - [...] ontem eu tive um...uma situação dramática lá com a cidade de Barbacena [Minas Gerais], não sei se cê viu, a empresa lá de Barbacena reagiu muito contra mim, e a imprensa de Barbacena pegou... é uma loja de colchões, que instalaram chuveirinhos, e...as primeiras mensagens que eles me mandaram foram muito agressivas, aí eu até respondi prá eles. Imagina se eu publicar isso que vocês estão me mandando, ela falou:*

***Empresária** - “Faça o quiser”!*

***Padre Júlio** - “Eu falei então eu vou publicar, aí, ela tava muito desesperada lá, a dona da empresa, e teve muita reação na cidade, aí ela disse que tava recebendo muitas ameaças, falei se você recebe ameaças localize e faça B.O., não aceite ameaças, isso é inaceitável, aí o jornalista falou comigo, eu fiz uma nota dizendo, eu entendo o desafio do comércio, da loja.*

***Jornalista** - “Ah...fica cheio de urina, cheio de fezes, cheio disso, cheio daquilo”*

***Padre Júlio** - “Aí ela disse assim”: [a empresária]...*

***Empresária** - “Então, em vez de criticar porque você não manda desinfetante e vem aqui lavar, limpar e etc, etc...”*

***Padre Júlio** - Falei, a questão não é que eu quero que seja um banheiro na porta da sua loja (inaudível) [...] eu não quero também que venham fazer cocô e urinar aqui na porta, eu não quero, mas você tem que achar soluções que não sejam desumanas. E isso em Barbacena tá vendendo muito, agora me ligaram de... Tubarão [São Paulo] também, que eu coloquei a imagem de aporofobia em Tubarão, tá rendendo muito, de Campinas [São Paulo], a secretária de Assistência Social ligou e...eles vão recuar, porque em Campinas é assim, se seu encontrar alguém por aqui e for ali comprar um lanche e der prá essa pessoa eu vou ser multado porque eu tô dando lanche numa região que não pode, é um absurdo! [...] são todas medidas higienistas, ah... pode dar sim, mas lá no último quilômetro da cidade, então é...eu sempre digo, com uma mão você partilha o pão e com a outra você luta, porque é... essa convivência é de luta, é de luta porque é talvez uma crise humanitária, o sistema neoliberal descarta mesmo as pessoas, e essa situação não vai mudar enquanto o sistema for esse. (Padre Júlio Lancellotti, entrevista realizada na igreja de São Miguel Arcanjo, Mooca, Zona Leste de São Paulo em 07/02/2022).*

⁶⁰Fonte: NEXO jornal. 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>. Acessado em: 22/02/2022.

Com relação a ordem imposta pelo sistema de produção destacado na fala do religioso, (modelo neoliberal⁶¹) que seria responsável por excluir e descartar as pessoas, corrobora Bauman (2017) ao afirmar que o fenômeno de pessoas vivendo em situação de rua decorre como consequência de um sistema político, econômico e social excludente que coloca à margem de suas fronteiras aqueles que não conseguem se enquadrar no seu modelo de produção e distribuição de riquezas. Tornando-os redundantes, extranumerários, dispensáveis ou desnecessários, verdadeiras mercadorias desprovidas de utilidade.

Herdeiros de um processo historicamente excludente, incapaz de absorver a força de trabalho excedente diante da diminuição da oferta de emprego, a consequente diminuição da demanda de trabalho vivo e o aumento do trabalho imaterial e qualificado, “esses sujeitos indesejáveis, descartáveis e desnecessários ao modo de produção capitalista, são objeto de constante supervisão e controle” (GATTO, 2017, p. 89).

Grillo & Maciel (2018) defendem que é preciso deixar claro que a “sociedade do mérito pune severamente todas as pessoas que não se enquadram em seu perfil preferido, reservando para estas os piores lugares na hierarquia moderna do *status* e da dignidade” (p. 281). Para os autores o que está em jogo e, sem que paremos para pensar nisso, seria de fato:

[...] uma luta constante entre todas as pessoas, pelo reconhecimento de seu valor prático na sociedade do trabalho. Por que apenas alguns conseguem provar este valor e muitos outros não é algo que só podemos entender se admitimos que a dignidade do trabalho é apenas um rótulo genérico, e que na prática algumas ocupações são mais dignas do que outras. Como já se pode ver, a construção dessa desigualdade é sutil. As ocupações braçais, que dependem muito pouco ou, na maioria dos casos, quase nada do conhecimento da escola são estigmatizadas o tempo inteiro simplesmente porque podem ser feitas por qualquer pessoa. Assim, a pergunta que sempre é silenciada na cabeça de milhões de brasileiros, trabalhadores desqualificados, é: quem sou eu, que valor eu tenho, se posso ser substituído por inúmeros iguais a mim, caso abandone minha ocupação neste momento? Dito de modo simples, a resposta, também calada, é: eu sou ninguém em minha sociedade (GRILLO & MACIEL, 2018, p. 281).

O exército de sujeitos indesejáveis, aqueles que estão pelas ruas, encarcerados, esse grupo social que a maior parte da sociedade tem medo e quer longe de suas ruas, praias e avenidas, ou mesmo aqueles tantos jovens negros e pobres que estão no limiar da vida e da morte, são aqueles socialmente considerados não apenas desnecessários ao capital, mas também indignos de viver (GATTO, 2017).

⁶¹ Fonte: OXFAM Brasil no relatório intitulado “A desigualdade mata”. Neoliberalismo tem sido o modelo econômico dominante desde os anos 1980. É centrado na expansão dos mercados e do individualismo, o que levou ao aumento dos direitos, mobilidade e liberdades para as corporações, e uma redução correspondente da mobilização coletiva, da regulação estatal e da intervenção governamental na economia” (p. 22). Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/justica-social-e-economica/forum-economico-de-davos/a-desigualdade-mata/>. Acessado em: 02/03/2022.

A irrupção do conceito de desterritorialização defendido por Ianni (1992) envolve complexas diásporas de grupos étnicos, segundo as quais são extrapoladas as barreiras políticas e territoriais. Note-se que o conceito de territorialidade é identificado aqui como sendo a ocorrência de espaços resultantes de relações sociopolíticas, econômicas e culturais, criando diferentes configurações e heterogeneidades, transformando-se numa expressão geográfica do exercício de poder dentro de uma área determinada, essa sim, compreendida conforme Sack (1986) como um território. É comum o relato de pessoas em situação de rua sobre o domínio de facções rivais em determinados locais das cidades, impedindo-os inúmeras vezes de circular por diversos pontos do território urbano em busca de serviços.

As raízes da associação entre pobreza e as chamadas “classes perigosas” como nos esclarece Coimbra (2001) teria as suas origens no século XIX. A terminologia associava as pessoas mais humildes à ameaça e ao perigo. As áreas onde essas pessoas moravam eram vistas como “territórios da pobreza”. Nesse cenário, tanto as “classes perigosas” como os “territórios da pobreza” representavam uma ameaça à classe dominante que, em razão disso, passou a adotar medidas de controle, de repressão ou, até mesmo de eliminação daqueles e de tudo que “enfejava” e amedrontava.

Explica o autor que o advento da reforma urbanista, a eliminação dessas classes e a tentativa de “insulamento” desses territórios perigosos, passou a ser uma forma de limpeza do corpo urbano, portanto, o processo de higienização social é histórico no nosso país e faz parte da construção estrutural do “sujeito indesejável”.

Há, de acordo com Krenzinger *et al.*, (2017) um apelo da opinião pública ao Estado, por intervenções na área da segurança pública no sentido de priorizar a retirada compulsória dessas pessoas das ruas, das praças, das portas das residências e dos comércios. Para Varanda & Adorno (2004) existe uma ordem econômica que paradoxalmente difunde concepções sobre controle e ordem do espaço público atuando por meio de práticas higienistas em detrimento de estratégias de universalização do espaço urbano e, por conseguinte, do cumprimento da sua função social.

A título de exemplo, na quinta-feira dia 05/08/2022, às vésperas da realização dos festejos do padroeiro da cidade analisada, houve uma ação de recolhimento dos pertences das pessoas em situação de rua na praça São Salvador no centro da cidade, imediações da realização do evento. Informações divulgadas em algumas redes sociais locais, afirmaram que operação teria sido realizada de maneira compulsória, sem aviso prévio ou oferta concomitante de vagas para os serviços de acolhimento da prefeitura. No dia seguinte ao

ocorrido, aqueles que insistiram em permanecer no local expressaram indignação, pois além de terem sido levados objetos pessoais de valor afetivo, teriam sido também retirados deles: agasalhos, colchões, cobertores, medicamentos e documentação.

A “operação” teria sido executada pela Subsecretaria de Posturas e repercutiu na imprensa campista⁶² e em algumas redes sociais locais⁶³, além disso, um dos vídeos foi replicado pelo Padre Júlio Lancellotti em sua página de Instagram⁶⁴ alcançando rapidamente mais 140 mil visualizações e cerca de 360 comentários. Transcorridos cinco dias do ocorrido, a prefeitura e a Diocese de Campos que coordena a parte religiosa dos festejos do Santíssimo Salvador ainda não haviam se manifestado oficialmente sobre os fatos, além de não terem sido divulgadas informações sobre o paradeiro dos bens arbitrariamente recolhidos.

Com efeito, para Trentin *et al.*, (2012) desacertadamente, a partir da apropriação do discurso da ordem em substituição ao dos Direitos Humanos, são estabelecidas práticas de opressão e de securitização em torno das políticas sociais. Neste sentido, no lugar de proteger direitos, as políticas nacionais e locais costumam abordar as pessoas em situação de rua como criminosas, pois:

[...] criam-se leis para fazer com que as pessoas em situação de rua sejam invisíveis, para removê-las de sua terra ou moradia e para destruir seus refúgios improvisados. Em muitos lugares, impõem-se medidas punitivas, como multas ou prisões, por atividades relacionadas com a sobrevivência básica, como a construção de qualquer tipo de refúgio de papel (FARHA, 2015, p. 06).

Assim, explica Escorel (1999, p. 81), que as pessoas em situação de rua passam a compor grupos sociais que na prática “[...] não interessam a ninguém, são supérfluos e desnecessários à vida social, são descartáveis e, podem ser eliminados das mais diferentes formas, ostensivas ou opacas, que ninguém os reclamará”. A autora constata que como não conseguem garantir acesso ao mundo do trabalho, perdem também a sua cidadania e passam a não ter direitos a ter direitos, coexistindo apenas em torno das suas necessidades prioritárias de sobrevivência.

Os “indesejáveis” da cidade nem sequer são reconhecidos como titulares de direitos, vistos como não cidadãos, potencialmente perigosos, que desencadeiam o uso de práticas repressivas de controle e de coerção pelo Estado, como forma historicamente reconhecida e

⁶² Fonte: Jornal Folha da Manhã. Disponível em: <https://www.folha1.com.br/blogs/blogdogilberto>. Acessado em: 09/08/2022.

⁶³ Fonte: Página do Instagram de Gilberto Gomes: Disponível em: <https://www.instagram.com/gilbertogomes.rj/>. Acessado em: 09/08/2022.

⁶⁴Fonte: Página de Instagram Padre Julio Lancellotti. Disponível em: https://www.instagram.com/reel/Cg5Vzq_ARCV/?utm_source=ig_web_copy_link. Acessado em: 09/08/2022.

concebida de atuação junto a esse segmento populacional (GATTO, 2017).

E quem se coloca ao lado dessas pessoas é passível de sofrer consequências também como nos conta a seguir Padre Júlio:

[...] acabei de publicar não sei se vocês me acompanham no Instagram, eu acabei de publicar a ameaça que as mulheres de direita me fizeram, elas me mandaram agora uma mensagem eu publiquei e tá tendo uma repercussão mais do que eu esperava, ela pôe: “Padre Comunista, a colheita lhe aguarda, isso é uma ameaça! A colheita lhe aguarda! O que é que elas vão fazer, meter a foice em mim? O que é que é? Então... a colheita lhe aguarda é...já tem é... 3.789 reações, 358 comentários, o que é que vai acontecer? Muita gente vai denunciar e essa conta vai cair, eu num sei quantas, quantos é...denúncias, denúncias tem que ter prá cair uma conta. Mas é...uma ameaça, a colheita vai é... como é? A colheita lhe aguarda, quer dizer, o que quer dizer isso? É um post que eu fiz inofensivo com o secretário de Direitos Humanos de Niterói, é...o, a Câmara de Niterói me deu um prêmio de Direitos Humanos, e eu só comentei assim: - Gratidão ao Secretário Municipal de Direitos Humanos de Niterói, só isso! (Padre Júlio Lancellotti, entrevista realizada na igreja de São Miguel Arcanjo, Mooca, Zona Leste de São Paulo em 07/02/2022).

Portanto, viver nas ruas quase sempre se traduz em processos excludentes e geradores de risco social. É o que explicam Krenzinger e colaboradores.

Morar nas ruas significa, entre outras características, vivenciar processos de vulnerabilidades que colocam em risco a dignidade humana e o direito fundamental à vida. Os riscos se expressam nos relatos de se ter cotidianamente os pertences roubados, de ser agredido por alguém entre os iguais da rua, se envolver em alguma briga por espaço ou ter uma desavença qualquer, de ser vítima de violência simbólica, física e sexual; de ser alvo de agressões inesperadas vindas de setores preconceituosos da sociedade ou mesmo dos órgãos oficiais responsáveis pela segurança (KREZZINGER ET AL., 2017, p. 82).

A equidade incluída entre os princípios da Política Nacional de Atenção Básica de 2017 sugere a oferta do cuidado a partir do reconhecimento das diferenças nas condições de vida e de saúde, de modo a atender a diversidade das pessoas ao considerar que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais.

A PNAB veda todo e qualquer tipo de exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras. Importante minimizar desigualdades nos indicadores de saúde de modo a evitar a exclusão social de grupos, bem como, os possíveis impactos gerados por processos estigmatizantes, como é caso da PSR (BRASIL, 2017). Todavia, conforme já discutido anteriormente, na prática, o que se percebeu com a PNAB (2017) foi o favorecimento do desmonte do SUS, especialmente, no que diz respeito às ações desenvolvidas no âmbito da APS.

Em seu artigo terceiro, a Resolução Nº 2 de 27 de fevereiro de 2013, dispõe sobre o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na PSR no

âmbito do SUS por meio da operacionalização que articule intra/intersectorial transversalmente políticas e ações prioritárias que visem garantir, sem exceção, o acesso dessa parcela da população às ações e aos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2013).

Contudo, Luna (2018) explica que as debilidades no funcionamento das instituições públicas de saúde se afinam com a desigualdade social, reproduzindo padrões seculares no país. Isso significa dizer que as práticas assistenciais contradizem os preceitos constitucionais pelos quais o SUS foi criado, não favorecendo a proposta idealizada em seu bojo de propiciar cidadania inclusiva e igualitária.

As pessoas em situação de rua ouvidas defenderam a ideia de que o Estado deve garantir o acesso universal e gratuito aos seus cidadãos. Entretanto, para Luna (2018) há uma clara evidência sobre a desvalorização moral, social e política dos brasileiros que mais utilizam o SUS e isso se dá mediante a falta de reconhecimento de sua cidadania, implicitamente no tratamento desigual recebido pela PSR e pelas pessoas de outras classes sociais igualmente desfavorecidas.

Claro que sim![...] o estado e o município. (Wesley – PSR, entrevista realizada no Centro Pop em 09/12/2019).

Com certeza [...] os órgão público. (João – PSR, entrevista realizada no Centro Pop em 18/09/2019).

É sim, é de todo mundo né? Que a pessoa num tem direito a saúde, só tem direito à doença?[...]eu acho, tem prá mim quem tinha que coisa, coisa memo seria primeiramente o presidente e o prefeito é da cidade. (Diego – PSR, entrevista realizada no Centro Pop em 25/09/2019).

Na prática, percebe-se a partir das falas da PSR, a ausência de políticas sociais promovidas pelo Estado indispensáveis ao enfrentamento de barreiras impostas nos serviços de saúde. Entre outros argumentos, as pessoas em situação de rua e os servidores ouvidos, levantaram novamente situações relativas à documentação, preconceito e estigma como empecilhos:

[...] identidade, carteira cum foto [...] posto de saúde ali ó [...] eu fui lá esses dia pegar é... consultar, a mulher falô que num pode não, só cum...cum carteirinha de lá, da prefeitura e a identidade (Marcelo – Orientador Social do Centro Pop, entrevista realizada em 13/12/2019).

Aí a mulé falou assim: remédio tem, cadê a sua carteira, seu negócio do SUS, aí eu falei assim: - iii, eu acho que eu num tem não [...] se a senhora num me dé esse remédio eu vô acaba morrendo de hoje prá amanhã, aquela falta de arzinha estranha né? (Diego – PSR, entrevista realizada no Centro Pop 25/09/2019).

Sentem-se receosos devido experiências ruins (olhares, julgamentos, mal atendimento), devido a suas condições de higiene e por não terem documentos (Édson - servidor administrativo do PU Saldanha Marinho em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021).

[...] penso que por esbarrar em muitos obstáculos. Diversos serviços de saúde exigem comprovante de residência ou a PSR simplesmente não procura os serviços por já ter sofrido discriminação anteriormente ou por simplesmente desconhecer seus direitos (Conceição - profissional de saúde servidora do PU psiquiátrico, em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021).

[...] eles possuem muita resistência para se direcionarem as unidades justamente pelas dificuldades que os mesmos vivenciam com frequência, como a falta de respeito no acolhimento e atendimento de alguns profissionais de saúde. Preconceito pela questão social, atendimentos que já foram negados por falta de documentação (Dayse - profissional do CnaR em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021).

Percebe-se, portanto, a partir das falas transcritas anteriormente, que boa parte das pessoas em situação de rua quando procura por auxílio se depara com a falta de empatia e acolhimento humanizado. As transcrições das entrevistas revelaram que tais situações decorrem comumente por conta do despreparo de equipes multiprofissionais, alheias à multiplicidade de fatores que envolvem a ruralização e que, interferem direta ou indiretamente no processo de adoecimento desses cidadãos, bem como, influenciam no retardo na busca por cuidados.

Os depoimentos colhidos junto à PSR de Campos descritos a seguir reforçam que a falta de documentação e a exigência de acompanhantes continuam a se constituírem em limitadores de acesso aos serviços assistenciais públicos de saúde.

Ah, num tem nem condição...nem de...eles num atende a pessoa não, se num tivê documento num atende (Diego – PSR, entrevista realizada no Centro Pop em 25/09/2019).

[...] É assim, ele não foi atendido, o pé não foi imobilizado novamente, ele continua mancando e na base de antibióticos entendeu? e a gente se entristece porque né? é muito complicado, a gente sabe que pelo SUS já demora, você tendo residência fixa, você tendo sua documentação já demora em século prá marcar, e aí você olha o lado do morador de rua que não tem documentos, se vê numa situação dessas, hoje ele falou comigo de manhã: - não consegui marcar ortopedista porque não, não deixaram, não deixaram por conta de não ter meus documentos. (Ana - Orientadora Social do Centro Pop, entrevista realizada em 30/12/2019).

Não tem documentação e não tem o cartão do SUS e com isso não consegue tirar, pegar remédio” (Maria - Orientadora Social do Centro Pop, entrevista realizada em 22/11/2019).

[...] todos os dias é, eu perdi meus documentos, eu fui roubado e sem documentos eu num posso fazer nada, inclusive ir até a uma própria consulta né? hoje, hoje mesmo eu ouvi o relato de um, de um, usuário né? é, é referenciado aqui, ele está com o pé é, é torceu o pé e não conseguiu marcar uma consulta com o ortopedista por conta de não ter a documentação, [...] ele tá com o pé torcido[...] ele foi ao Ferreira Machado, acho que foi em dois hospitais se não me engano, Ferreira Machado e Beneficência Portuguesa, [...]hoje ele chegou muito triste aqui e me é dona Ana eu não consegui o atendimento porque não quiseram agendar minha consulta por conta de eu não ter os documentos e falei e agora? Aí eu falei assim, não, num fica triste não, vamos aguardar a assistência social chegar você vai conversar prá ver o que ela pode fazer por você pra te ajudar, aí depois disso não estive com ele né? Então não sei o que ficou acordado de fato. (Ana - Orientadora Social, entrevista realizada no Centro Pop em 30/12/2019).

Não é que o atendimento seja negado, mas se ele precisar de um medicamento ele não vai conseguir, dependendo da internação, do tratamento que ele precisar ele não vai conseguir né? Então, às vezes, a falta de documento na saúde, a gente tá, encontra alguns obstáculos (Jussara – Assistente Social, entrevista realizada no Centro Pop em 11/11/2019).

[...] faz o primeiro atendimento, mais a partir do segundo atendimento que eles podem fazer, num conseguem por causa da documentação, [...] o problema maior de todos é documento, teve uma vez que até teve um rapaz que tava com a perna quebrada, eu fui pro Ferreira Machado com ele, prá trocar a receita e botei no meu nome porque ele tava sem documento e eu tinha documento, prá ele não ficar sentindo dor eu fui lá, aí ele não podia pegar eu botei no meu nome e consegui pegar alguma medicação e tem muita falta de medicação, às vezes eles procuram alguma medicação e não tem (Maria - Orientadora Social, entrevista realizada em 22/11/2019).

[...] porque a maioria das pessoas quando querem remédio e não conseguem pegar remédio porque não tem documentação, [...] não tem documentação e não tem o cartão do SUS e com isso não consegue tirar, pegar remédio (Maria - Orientadora Social, entrevista realizada no Centro Pop em 22/11/2019).

Em termos normativos, de acordo com a Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, ainda que a pessoa em situação de rua não possua em mãos quaisquer documentos que comprovem domicílio ou inscrição no cadastro no Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços de atenção integral à saúde, incluindo a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, às famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal **não** poderão ser negados. A pessoa em situação de rua tem o direito de receber a assistência necessária como todo e qualquer cidadão (BRASIL, 1993).

Ainda sobre essa questão, para solucionar o problema, foi editada a Lei nº 13.714/2018, que acrescentou um dispositivo na Lei nº 8.742/93 (Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS) afirmando que o atendimento das pessoas em situação de vulnerabilidade ou risco social e pessoal que procuram pelos serviços de saúde, deve ser feito mesmo que elas não tenham documentos ou inscrição no SUS. Portanto, a lei passou a vigorar acrescida do seguinte parágrafo único, Artigo 19:

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 (BRASIL, 2018).

No que se refere às suas demandas de saúde, é ainda importante destacar que, além dos agravantes mencionados anteriormente, o segmento social analisado sofre nas ruas de constante exposição a riscos diversos, que os coloca, necessariamente, na condição de receberem uma abordagem que priorize as suas singularidades (BRASIL, 2012).

O relatório denominado *Black Report*⁶⁵ publicado na Grã-Bretanha em 1980, analisou e descreveu os impactos sobre saúde e desigualdades, apontou para a distribuição desigual de morte prematura (antes dos 65 anos) nas diferentes classes sociais que só reafirma a hierarquia das desigualdades quando o assunto é saúde.

Na busca por diminuir esse foço das desigualdades, o Ministério da Saúde brasileiro recomenda a construção de uma rede humanizada de ações e de serviços, de modo a responsabilizar todos os trabalhadores e gestores da saúde a construírem conjuntamente com os usuários, transformações concretas nas práticas cotidianas e processos de trabalho no interior das unidades de saúde (TAVARES, 2016).

Ante o exposto, se torna inegável que desigualdade social e PSR são inseparáveis, caminham quase sempre juntas, pois o universo populacional destacado é sabidamente composto por pessoas carentes em quase todos os aspectos da vida cotidiana. Especialmente, para o caso de pessoas em condição de vulnerabilidade, torna-se válido aplicar a contribuição de Boff (1999) para quem a valorização da oferta do cuidado deve priorizar as particularidades dos sujeitos. Nesse mote, os autores Rosa *et al.*, (2005) afirmam que cuidar de pessoas em situação de rua deve passar, portanto, pelo significado de humanização do cuidado e pela crença na possibilidade de transformação da realidade posta.

Para Backes *et al.*, (2012) é importante superar o modelo biomédico ainda predominantemente centrado na doença e na assistência à saúde, direcionado ao diagnóstico, à terapêutica, ao tecnicismo e às relações impessoais.

Nesta direção, no que diz respeito à oferta do cuidado, os modelos dos processos de trabalho sugeridos pelo SUS, além de outros aspectos, passam atualmente pela necessidade de mudança na postura dos profissionais a fim de que se possam mitigar possíveis situações que levem às desigualdades de acesso pelas diferenças sociais encontradas no universo da PSR e que, conseqüentemente, passam a se traduzir em barreiras para o ingresso na rede assistencial pública de saúde.

Há uma tendência em legitimar e a tornar naturais processos relacionais desiguais, de maneira a estabelecer práticas de controle social que favoreçam a manutenção da “ordem”

⁶⁵ O *Black Report* foi um documento de 1980 publicado pelo Departamento de Saúde e Previdência Social (agora Departamento de Saúde e Assistência Social) do Reino Unido, que foi o relatório do comitê de especialistas sobre desigualdade na saúde presidido por Sir Douglas Black. Foi demonstrado que, embora a saúde geral tenha melhorado desde a introdução do Estado de bem-estar, havia desigualdades generalizadas na saúde. Também evidenciou que a principal causa dessas desigualdades era a questão econômica. Disponível em: <https://en.wikipedia.org/wiki/BlackReport>. Acessado em: 20/02/2021.

O material também pode ser acessado na íntegra em PDF por meio do seguinte link: <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/>. Acessado em: 03/06/2021.

social vigente, ou seja, relações desiguais entre os membros que a compõem (CHAUI, 2012). Para a autora, a representação da responsabilidade pelo cuidado à saúde centrada apenas no indivíduo, retira do Estado os encargos do cenário coletivo que, ao contrário, deveriam figurar a criação e aplicação de políticas públicas capazes de atender às reais necessidades da PSR. É como se ao segmento não tivesse garantido o direito de usufruir das políticas sociais vigentes, uma vez que, não participa de parcela social formalmente produtiva.

À margem deste sistema neoliberal que cria e mantém processos sociais excludentes e desiguais, as pessoas são forçadas a adaptar-se às exigências da sociedade de mercado, devem adquirir os recursos necessários para se tornarem trabalhadores produtivos, autônomos de maneira a não precisarem mais do auxílio do Estado (GATTO, 2017).

A defesa do pensamento liberal combatida pelo Padre Júlio tem sido reproduzido e fortalecido enquanto visão dominante que escamoteia a verdadeira causa da desigualdade que acomete, principalmente, as camadas mais pobres da população que é, mais uma vez, penalizada.

[...] toda a resposta que o Estado dá é de tutela, não de autonomia [...] a lógica do neoliberalismo é o descarte, então quanto mais o neoliberalismo se aperfeiçoa, privatização, individualismos, é... tudo isso que são características neoliberais, a população de rua vai aumentar, a de Sorocaba vai chegar a dois mil, a de São Paulo vai chegar a cinquenta mil, e quem tá na rua tá condenado a uma pena perpétua de miséria, não vai mudar! Hoje no Brasil a mobilidade social se dá de nove gerações, levam nove gerações, o Brasil é, fora da África, o primeiro país em desigualdade do mundo, a desigualdade [...] você num mora num condomínio de luxo porque cê num quer, ele tá lá se você quiser você pode comprar, ah... num tenho dinheiro prá comprar, ah... então é problema teu, cê devia ter se esforçado prá ter, cê num tem, eu num tenho nada que ver com isso [...]isso não é ético, eu tenho dinheiro, eu sou dono da água, aí o cara tá morrendo de sede do outro lado da rua problema é dele, a água é minha, eu tenho dinheiro prá comprar água, ele num tem é problema dele, né? Ele num se esforçou o suficiente, essa é a epistemologia neoliberal, nós pensamos assim, então aí vai dizer, cês tão dando comida prá vagabundo, prá bandido, prá gente que num presta, fica passando a mão na cabeça de quem num quer se esforçar, eles são acomodados, [...] uma das características do neoliberalismo é a meritocracia, então, nós vivemos uma sociedade meritocrática, você merece, eu num mereço (Padre Júlio Lancellotti, entrevista realizada na igreja de São Miguel Arcanjo, Mooca, Zona Leste de São Paulo em 07/02/2022).

Segundo Menegat (2012, p. 26) a “ideologia liberal do individualismo abstrato, que diz ser possível por meio do esforço individual alguém se subtrair a essas condições e prosperar não encontra mais evidências empíricas”.

Ao finalizar este item que trata das questões que permeiam o acesso da PSR aos serviços públicos de saúde, a seção seguinte contém informações acerca do trabalho desenvolvido pelo CnaR junto à PSR na cidade estudada.

4.3 Políticas públicas de saúde e PSR: a contribuição do Consultório na Rua

A ideia da pesquisa teve origem a partir da junção de inquietações distintas somadas à minha formação pessoal e à minha inquietante trajetória de formação, encorajada a compreender desde o ingresso na Faculdade de Enfermagem Rachel Haddock Lobo da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), o tamanho da reponsabilidade que seria me tornar uma trabalhadora do campo da saúde e, sobretudo, exercer a delicada arte de cuidar e educar por meio da enfermagem.

Decidi acreditar na possibilidade de transformar realidades a partir do exercício da minha profissão para além dos estigmas e dos padrões pré-determinados de ofertas de cuidado que muitas vezes não consideram os territórios e a complexidade dos seus contextos sociais, as individualidades dos sujeitos, limitando-se a costumes rígidos que priorizam as burocracias institucionais e relacionais nos seus processos de trabalho no ofício de cuidar.

Com efeito, esse estudo compreendeu os múltiplos atravessamentos presentes no cotidiano do trabalho com as pessoas em situação de rua, os quais, muitos ainda possuem discursos permeados pelo preconceito e pela estigmatização, lembrando que embora o SUS tenha avançado bastante desde a sua inserção na CF de 1988, temos uma longa caminhada pela frente no que se refere à garantia de direitos às políticas sociais, às suas diretrizes e às concepções de direitos universais e de cidadania direcionadas a essa população.

Desde março de 2021 venho atuando como enfermeira na equipe do CnaR da cidade de Campos. O convite se deu, pois, eu já havia passado pela experiência de trabalhar com PSR anteriormente junto a Médicos Sem Fronteiras no ano de 2003, na cidade do Rio de Janeiro, em um projeto denominado Meio Fio como mencionado anteriormente.

Embora se trate de territórios e de tempos bem diferentes, as mazelas que assolam a PSR persistem e, de lá para cá, pouco se avançou no campo das políticas sociais. A meu ver, persistem em grande número, ações de cunho higienista, balizadas pelas políticas de segurança pública em vez de se pautarem prioritariamente sob a ótica dos Direitos Humanos.

Neste sentido, enxergo nos CnaR instrumentos fundamentais da Atenção Primária à Saúde nas prefeituras, pois por meio de suas equipes interdisciplinares são capazes de levar à PSR cuidados de saúde e socioassistenciais diretamente no território da rua. Um ganho consideravelmente importante em todo o país.

Nas palavras de Rangel (2015) os CnaR se tratam de uma proposta que visa ampliar o acesso da PSR e ofertar atenção integral à saúde por meio das equipes e serviços que atuam na

ponta. No contexto de promoção de estratégias de redução de danos⁶⁶ são importantes instrumentos da Atenção Primária à Saúde.

Uma das principais características dessa metodologia de trabalho é a abordagem da pessoa no local onde ela se encontra, levando em consideração suas condições de vida e de saúde, de modo a facilitar o seu acesso à rede de serviços e a oferecer assistência interdisciplinar, cidadania e dignidade. Em termos normativos, por estratégias de redução de danos entende-se:

[...] um conjunto de princípios e ações para a abordagem dos problemas relacionados ao uso de drogas, sendo utilizadas internacionalmente e apoiadas pelas instituições governamentais brasileiras. Os problemas decorrentes do uso de drogas envolvem múltiplas dimensões, para além da saúde, que podem ter graves consequências para os indivíduos e para a coletividade. Conhecer as estratégias de redução de danos, seus alcances, limitações e o debate que as envolve permitirá ao profissional contribuir, numa perspectiva integral, de forma mais efetiva para melhorar a saúde dessas pessoas (BRASIL, 2012, p. 73.)

Os CnaR constituem-se, portanto, em modalidades de atendimentos extramuros que consistem em equipes itinerantes, preparadas para oferecer atenção integral à saúde da população em situação de rua diretamente no território. A figura seguinte traz registros fotográficos de alguns dos atendimentos realizados pela equipe do CnaR de Campos.

Figura 14 - Registro fotográfico do trabalho do CnaR de Campos.



Fonte: Instagram do CnaR de Campos dos Goytacazes/RJ⁶⁷.

⁶⁶ “Redução de danos é uma estratégia do Ministério da Saúde que tem como foco principal de suas ações a oferta de cuidado integral à saúde do usuário, reduzindo prejuízos agregados em função do uso de drogas e prevenindo aqueles ainda não instalados, sem necessariamente interferir no uso de drogas. Vale ressaltar que, nesse sentido, a redução de danos é uma estratégia desenvolvida para pessoas que não desejam ou não conseguem diminuir/cessar o uso de drogas, bem como para os demais usuários com dificuldade para acessar serviços de saúde ou aderir ao cuidado integral à saúde” (BRASIL, 2012, p. 43).

Portanto, as equipes dos CnaR desempenham atividades que visam a garantia da atenção, defesa e proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social e, para tanto, os profissionais devem possuir habilidades que lhes deem condições de atuar junto aos usuários de álcool, crack e outras drogas; realizarem atividades educativas e culturais; dispensação de insumos de proteção à saúde; encaminhamentos para a rede de saúde e intersetorial, além de acompanharem o cuidado das pessoas em situação de rua no território⁶⁸. O quadro seguinte traz um resumo acerca da legislação que trata dos CnaR em todo o território nacional.

Quadro 8 - Legislação e orientações direcionadas à implantação dos CnaR no país.

Nº Portaria	Dia/Mês/Ano	Descrição
PORTARIA Nº 122	25 de janeiro de 2012	Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.
PORTARIA Nº 123	25 de janeiro de 2012	Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município.
PORTARIA Nº 1.922	5 de setembro de 2013	Altera dispositivos da Portaria nº 122/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, que define as diretrizes de organização e financiamento das equipes dos Consultórios na Rua.
PORTARIA Nº 1.029	20 de maio de 2014	Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências.
PORTARIA Nº 1.238	6 de junho de 2014	Fixa o valor do incentivo de custeio referente às Equipes de Consultório na Rua nas diferentes modalidades.
PORTARIA Nº 2.436	21 de setembro de 2017	A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento.
PORTARIA Nº 1.253	18 de junho de 2021	Institui, em caráter excepcional, incentivo financeiro federal de custeio aos municípios e Distrito Federal com equipes de Consultório na Rua, na pandemia.
PORTARIA Nº 1.255	18 de junho de 2021	Dispõe sobre as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua e os critérios de cálculo.

Fonte: Elaboração da autora, com base em informações divulgadas no Site do Ministério da Saúde na área de APS e legislações sobre os CnaR⁶⁹.

⁶⁷Fonte: Página do instagram da equipe do CnaR de Campos dos Goytacazes/RJ. Disponível em: https://www.instagram.com/cnarua_campos_rj/?igshid=YmMyMTA2M2Y=. Acessado em: 13/07/2022.

⁶⁸Fonte: Informe Fiocruz. Disponível em: <http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/30991>. Acessado em: 06/11/2021.

⁶⁹ Fonte: Ministério da Saúde/APS. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/acervo/OQ==>. Acessado em: 06/11/2021.

Assim, como em todo país, o CnaR de Campos se destina ao atendimento das demandas biopsicossociais da PSR diretamente no território da rua, em espaços institucionais e de representatividade da sociedade civil.

As abordagens da equipe ocorrem de segunda à sexta-feira, com destaque para a área central da cidade, prioritariamente, no período noturno. Todavia, a equipe atende em qualquer parte do território municipal onde haja demanda.

Os registros dos atendimentos feitos pela equipe do CnaR demonstrados na tabela 1 indicam que de março até julho de 2021 tinham sido atendidas 179 pessoas, dentre as quais, surgiram 234 referências de sintomas de adoecimento, destacando que para cada indivíduo pode haver mais de uma queixa. Com base no número de atendimentos prestados pela equipe, a tabela discrimina o desfecho dos atendimentos prestados às condições de adoecimento mais frequentes, por sexo e, para cada demanda de saúde relatada pela PSR.

Tabela 1 - Condições de saúde mais referidas pela PSR entre março e julho de 2021.

Tipologia das queixas mais citadas pelas pessoas em situação de rua	Queixas por sexo		Desfecho dos atendimentos diante das queixas referidas							
	Masculino	Feminino	Urgência/ Emergência	Caps AD	Caps 3	Não encaminhado	Óbitos	Encaminhamento para Unidade Básica de Saúde (UBS)	Resolutividade da equipe diretamente no território da rua	Total
Aparelho auditivo	03	--	01	--	--	01	--	01	--	06
Aparelho osteoarticular	16	06	02	--	--	10	--	10	--	44
Aparelho respiratório	18	02	02	--	--	05	--	13	--	40
Cardiopatias	03	--	--	--	--	02	--	01	--	
Cefaleia	02	--	--	--	--	--	--	01	01	04
Diabetes mellitus	03	--	--	--	--	03	--	--	--	06
Ginecologia/obstetrícia	--	05	01	--	--	01	--	03	--	10
Hipertensão arterial sistêmica	06	04	02	--	--	01	--	07	--	20
Lesões na pele	14	04	02	--	--	--	--	03	13	36
Saúde bucal	07	03	--	--	--	--	--	10	--	20
Sem queixas no momento da abordagem	31	03	--	--	--	33	--	01	--	68
Soropositivo	02	01	--	--	--	03	--	--	--	06
Transtornos psiquiátricos	05	04	02	02	01	02	--	02	--	18
Trato gastrointestinal	10	--	01	--	--	02	--	07	--	20
Uso de substâncias psicoativas	66	13	01	37	--	33	02	04	02	158
Sistema visual	03	--	--	--	--	02	--	01	--	06
Total dos atendimentos das queixas por sexo	189	45	--	--	--	--	--	--	--	--
Total de queixas	234		14	39	01	98	02	64	16	468

Fonte: Elaboração da autora, com base em informações cedidas pelo Consultório na Rua, Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes/RJ/Secretaria de Saúde/Departamento de Atenção Básica.

O uso abusivo de substâncias psicoativas conforme pode ser visto na tabela 01, encontra-se entre as principais queixas das pessoas em situação de rua, 79 pessoas (66 homens e 13 mulheres) admitiram o uso de alguma substância, número que reforça os dados revelados pelo I Censo Nacional de 2008 e pela pesquisa do Centro Pop de Campos de 2019, como sendo a principal causa ou consequência de ida/permanência nas ruas. Dentre os que admitiram o uso de substâncias psicoativas, 37 pessoas solicitaram encaminhamento para tratamento no Caps AD; outros 33 optaram por não serem encaminhadas para nenhum serviço de referência da rede, pois, alegaram que já se encontravam em tratamento ou não se reconheceram como dependentes.

Queixas relacionadas ao aparelho osteoarticular e ao aparelho respiratório foram citadas respectivamente 22 e 20 vezes; condições que podem estar relacionadas, entre outros aspectos; às condições insalubres de trabalho, exposição à violência, uso de substâncias psicoativas e às variações climáticas enfrentadas pelos que estão em situação de rua.

Deve-se destacar, que dentre as queixas respiratórias, apenas uma referiu estar sob suspeita de Covid-19. A maioria dos casos estava relacionado a resfriados e à suspeita de tuberculose, tendo sido alguns casos da doença confirmados e encaminhados para tratamento. Dezoito pessoas atendidas pela equipe do CnaR apresentavam lesões de pele e necessitaram de realização de curativo, 13 foram realizados diretamente na rua, sendo os demais encaminhados para UBS ou serviços de urgência, diante das suas características.

Ainda a partir das informações da equipe do CnaR, chama atenção o fato de que 34 usuários atendidos não apresentaram nenhuma queixa de saúde no momento da abordagem. Um número elevado tendo em vista a vulnerabilização e, conseqüentemente, as precárias condições vida da PSR. Neste caso, como já discorremos anteriormente, ocorre uma espécie de desvalorização dos sinais e sintomas de adoecimento, pois diferentemente daqueles que se encontram sócio inseridos, as prioridades da PSR variam diante das suas necessidades de sobrevivência, especialmente, por utilizarem o próprio corpo neste processo.

A tabela seguinte mostra os principais pontos de abordagem da equipe do CnaR em Campos dos Goytacazes/RJ durante a realização dos atendimentos à PSR no período compreendido entre março a agosto de 2021.

Tabela 2 - Principais pontos de atendimento da PSR pela equipe do CnaR (entre março e agosto de 2021).

Principais pontos de abordagem da equipe do CnaR	Número de pessoas abordadas
Av. Alberto Lamego	01
Av. Dr. Arthur Bernardes	02
BR 101 perto da Hyundai	01
BR 101 próximo à Igreja do Saco	01
Centro	24
Embaixo da “Ponte da Rosinha”	02
Entrada de Goytacazes	01
Jardim São Benedito	09
Não registrado	01
Penha	01
Pq Califórnia	02
Pq Guarus	09
Praça da República	02
Praça São Salvador	54
Pracinha do IPS	07
Proximidades do Centro Pop	03
Próximo a UENF	01
Rodoviária Roberto Silveira	50
Rua do Gás	03
Rua Treze de Maio	05
Total	179

Fonte: Elaboração da autora com base em informações cedidas pelo Consultório na Rua, Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes/RJ/Secretaria de Saúde/ Departamento de Atenção Básica.

Conforme pode ser examinado, os pontos de maior concentração da PSR foram: Praça São Salvador onde teriam sido atendidas 54 pessoas, seguida da região que fica no entorno da rodoviária Roberto Silveira com 50 atendimentos e, em terceiro lugar, toda a área central da cidade com registro de mais 24 abordagens.

Observa-se nas figuras 11 e 12 as longas distâncias (cerca de 1,5 Km) percorridas caminhando pela PSR entre os pontos de concentração e o PU Saldanha Marinho - unidade de saúde mais buscada pelo segmento - face ao adoecimento e diante da “facilidade de acesso”. Vale realçar que caminhar para quem está adoecido não é uma situação confortável, e isso, com certeza influencia de maneira preponderante na tomada de decisão na busca por auxílio.

Destacamos que esses pontos de concentração da PSR no território pesquisado sofrem variações devido a influências como estações do ano, variações climáticas bruscas, chances de trabalho, proximidade com os serviços de saúde e socioassistência, violência, oportunidades de doações de roupas e de alimentos; dentre outros aspectos, é o que esclarecem os profissionais da equipe do CnaR:

[...] esses locais mais assistidos pela população no geral, sobretudo em questão da recepção voluntária de doações, seja de alimentação, roupas, comércios que favorecem a PSR atuar na vigilância de carros, reciclagem, vendas ambulantes (Dayse, profissional do CnaR em resposta ao questionário de entrevista em enviado em setembro de 2021).

[...] pontos com maior concentração da população em situação de rua e acredito que o motivo venha a se dar por serem territórios centrais, de fácil acesso e de conhecimento também das redes de caridade, onde podem melhor receber a oferta de alimentação, cobertores, dentre outras necessidades que a demanda apresente (Bárbara, profissional do CnaR em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021).

[...] locais com mais facilidade de acesso aos serviços que atendam suas demandas (assistência/alimentação) (Róbson, profissional do CnaR em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021).

Em razão dessa movimentação da PSR no território, de acordo com a equipe do CnaR os roteiros de abordagens/atendimentos sofrem avaliações e modificações constantes. Sobre a itinerância da PSR e a metodologia de trabalho os profissionais explicam o seguinte:

[...] há um roteiro prévio com horários definidos, incluindo tanto a parte da tarde quanto à noite, obtendo maior concentração de atendimentos prestados no horário noturno. O critério de escolha foi estabelecido de acordo com as demandas apresentadas, onde observamos que nesses horários a PSR não fica tão dispersa, concentrando-se nos locais que costumam permanecer para descansarem. O trabalho é desenvolvido pela equipe composta de enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, dentista e o motorista. Realizamos todo o percurso das abordagens utilizando um veículo (Dayse - profissional do CnaR em resposta ao questionário de entrevista em setembro de 2021).

[...] os roteiros são previamente definidos mediante a estudos sobre o território, seguindo a rotatividade da territorialização da população em situação de rua. Os horários são fixos proporcionando a referência para a rede e os usuários, mas atendendo demandas programadas fora do horário sempre que necessário. A equipe possui veículo institucional (Bárbara- profissional do CnaR em resposta ao questionário de entrevista em setembro de 2021).

[...] no dia-a-dia e com os próprios relatos dos usuários a gente vai descobrindo outros locais de concentração, até porque a psr está sempre mudando de local. O trabalho é desenvolvido a partir da demanda apresentada em cada abordagem, a equipe sai sempre em veículo oficial (Róbson - profissional do CnaR em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021).

Um fator conjuntural como a pandemia da Covid-19 escancarou a histórica desigualdade brasileira, atingiu com uma distribuição assimétrica de suscetibilidades e expôs as dimensões estruturais de problemas que colocam sob maiores riscos de adoecimento e de morte grupos mais vulneráveis.

Com efeito, na tentativa de mitigar essas assimetrias, sobressaem os trabalhos das equipes de multiprofissionais do CnaR e da Estratégia de Saúde da Família. Ambos objetivam a identificação precoce (busca ativa), tratamento e encaminhamento célere de casos suspeitos de agravamento às unidades de saúde de referência para a Covid-19 e demais patologias.

Quanto à distribuição das vacinas contra Covid-19 na PSR pela equipe do CnaR de

Campos foram ministradas por faixa etária e sexo em duas etapas, respectivamente, ocorridas em maio e agosto de 2021 como poderá ser verificado mais adiante na tabela 3.

Acerca das estatísticas de contaminação pelo Coronavírus no universo da PSR de Campos, os profissionais de saúde ouvidos disseram não ter conhecimento de registro de muitos casos e quando indagados se o índice de contágio é alto, responderam o seguinte:

Não. Acredito que ainda não tenham estudos capazes de explicar, mas o número de infectados com o vírus da Covid-19 na população em situação de rua é mínimo (Bárbara - profissional do CnaR em resposta ao questionário de entrevista em setembro de 2021).

Não. Obtivemos conhecimento de poucos casos através de outros equipamentos da rede, porém a nossa equipe não atendeu nenhum usuário com diagnóstico confirmado (Dayse - profissional do CnaR em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021)

Não acompanhei muitos casos de Covid-19 em PSR (Conceição- profissional de saúde servidora do PU psiquiátrico, em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021).

Não. Quando nos deparamos com sintomas parecidos o diagnóstico é de bk⁷⁰ (Róbson - profissional do CnaR em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021).

Não tenho atendido pessoas em situação de rua com queixas respiratórias ou suspeita de Covid (Vânia - servidora administrativa do PU Saldanha Marinho em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021).

Não presenciei nenhum atendimento, mas conheço um caso (relatado durante escuta na rua) de um PSR que esteve internado no HGG. Sei que as PSR foram contempladas (políticas públicas) com a vacinação (Édson - servidor administrativo do PU Saldanha Marinho em resposta ao questionário de entrevista enviado em setembro de 2021).

De acordo com a Rede Brasil Atual⁷¹, em nível nacional, não haviam sido produzidas estatísticas oficiais sobre os índices de contágio na PSR pela Covid-19 até o final de 2021. Ainda de acordo com a mesma fonte de informação, desde março, quando todas as autoridades públicas passaram a divulgar diariamente o número de casos confirmados e óbitos, o recorte sobre a população em situação de rua não foi disponibilizado.

Sobre o índice de contaminação da PSR, Padre Júlio Lancellotti sinalizou para os números de São Paulo que ele acredita, estariam sendo subnotificados, além disso, nos conta que percebeu poucos casos de Covid-19 entre o grupo, todavia, faltam, de acordo com ele, estudos científicos que deem conta de esclarecer de modo criterioso suas observações.

⁷⁰ Abreviatura para Bacilo de Koch, causador da tuberculose.

⁷¹ Fonte: Rede Brasil Atual. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2020/09/pessoas-situacao-de-rua-contaminadas-covid-19/>. Acessado em: 06/11/2021.

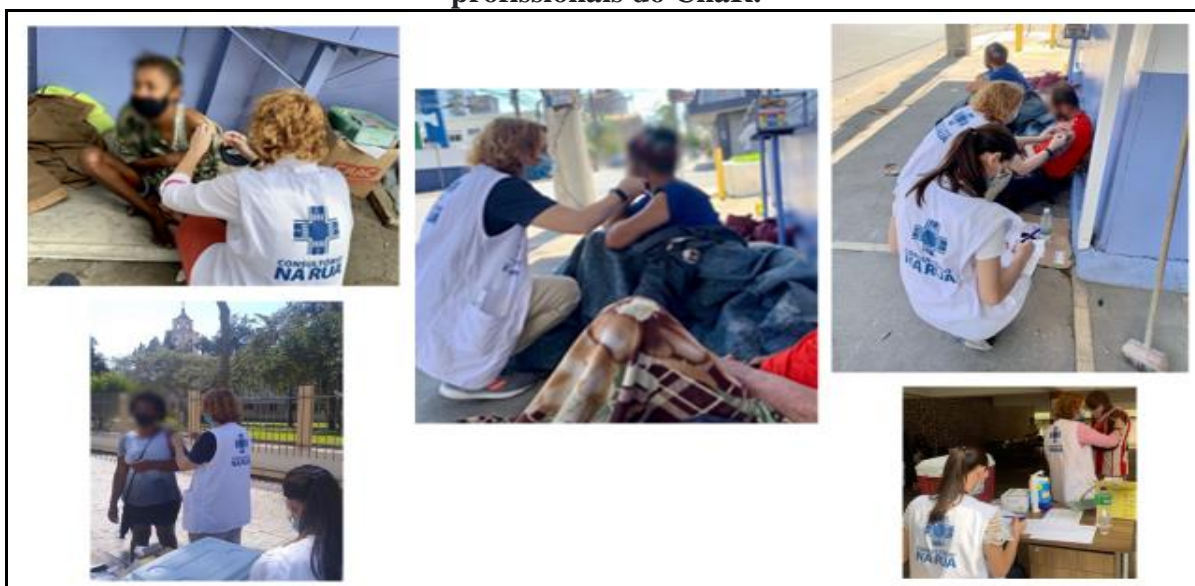
[...] e uma coisa que é interessante é, [...] que pelo menos na primeira fase da pandemia a, a...o, o... Covid-19 não atingiu tanto a População em Situação de Rua na proporção da população em geral. Algumas pessoas falaram muitas besteiras. A gente aventou a possibilidade de porque eles ficam muito tempo ao ar livre, não em ambiente fechado e porque tomam muito sol, que isso poderia ser alguma coisa que facilitasse não ficarem infectados tão rápido, o sol e o ar livre, [...] mas de qualquer forma é... eles ou estariam assintomáticos, ou não perceberiam os sintomas, mas o próprio número de mortes, aqui em São Paulo foi o dobro do notificado pela prefeitura, mas mesmo assim chegava a um número de, não chegava a cem. [...] então, mas a gente fez aqui em São Paulo testagem na rua e, e... num dia inclusive eu fui testado junto quando foi a testagem...agora na segunda onda da Ômicron o número foi maior de infectados na rua, foi maior, mas na primeira fase da pandemia não foi, [...] ninguém estudou isso, eu pedi é...é.. um estudo sobre isso, mas num, num se chegou a fazer (Padre Júlio Lancellotti - entrevista realizada na igreja de São Miguel Arcanjo, Mooca, Zona Leste de São Paulo em 07/02/2022).

Quanto às ações direcionadas à PSR no município em pauta, no que se refere às medidas de combate à pandemia, foram ampliados os números de vagas de acolhimento nos equipamentos da prefeitura vinculados à SMDHS.

Outro ponto a ser destacado é, que imediatamente após a chegada das vacinas na cidade, com respeito à legislação vigente quanto aos públicos-alvo elegíveis a serem vacinados, foram rapidamente traçadas estratégias para o início da administração das vacinas contra Covid-19 na PSR pela equipe do CnaR.

Como pode ser visualizado na próxima figura, as ações ocorreram nos espaços institucionais da SMDHS bem como diretamente no território da rua, a fim de alcançar aqueles que não estavam referenciados em nenhum dos serviços da rede socioassistencial.

Figura 15 - Registro fotográfico da vacinação contra Covid-19 realizada pelos profissionais do CnaR.



Fonte: Instagram do CnaR de Campos dos Goytacazes/RJ.⁷²

⁷² Fonte: Página do instagram da equipe do CnaR de Campos dos Goytacazes/RJ. Disponível em: https://www.instagram.com/cnarua_campos_rj/?igshid=YmMyMTA2M2Y=. Acessado em: 13/07/2022.

Adiante, a tabela mostra que foram administradas 319 doses (contabilizando primeira e a segunda etapas) da vacina contra Covid-19 na PSR de Campos dos Goytacazes/RJ pela equipe do CnaR, entre os meses de maio e agosto de 2021. Importante destacar que em ambos os sexos, houve maior registro na faixa etária de 30 a 49 anos e o número de segundas doses administradas esteve muito aquém das primeiras, fato que alerta para o risco de produção de novas variantes do Coronavírus⁷³ possivelmente ainda mais resistentes.

Tabela 3 - Total de imunobiológicos contra a Covid-19 administrados na PSR pelos profissionais do CnaR (entre maio e agosto de 2021).

Faixa etária	PRIMEIRA DOSE		SEGUNDA DOSE		Total de doses administradas por faixa etária em ambos os sexos
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	
10 – 19	07	02	01	00	10
20 – 29	27	07	11	03	48
30 – 39	55	14	20	08	97
40 – 49	53	09	24	07	93
50 – 59	26	03	21	02	52
60 >	05	01	08	00	14
Não soube informar	03	01	01	00	05
Total de doses administradas	176	37	86	20	--
	213		106		319

Fonte: Elaboração da autora com base nas informações cedidas pelo Consultório na Rua, Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes/RJ/Secretaria de Saúde/Departamento de Atenção Básica.

Encerrando essa seção, chamamos atenção para as dificuldades de acesso ao sistema de saúde que aparecem com recorrência nas falas das pessoas em situação de rua, pois, a luta diária pela sobrevivência faz com que, embora visivelmente adoecidas, negligenciem seus problemas de saúde e retardem a busca por ajuda.

Conforme já dito anteriormente por Souza (2012) a demora na busca por cuidado é uma condição que não se dá por dissimulação, mas sim, pela maneira como banalizam ou silenciam as queixas dos sinais e sintomas quando adoecem. Mais uma vez citamos o autor para ilustrar a questão:

⁷³Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A pessoa que não completa o esquema vacinal fica mais vulnerável à infecção pelo novo Coronavírus (Sars-CoV-2) do que aquela que recebeu as duas doses. Ou seja, além de se expor ao risco de ser contaminado e adoecer, esse indivíduo não ajuda a controlar a circulação do vírus. E tem mais: a vacinação incompleta pode criar um ambiente propício para o surgimento de versões ainda mais resistentes do Coronavírus. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2021/vacinacao-contracovid-19-a-importancia-da-segunda-dose>. Acessado em: 07/09/2021.

[...] pelo silenciamento de sinais e sintomas que, pouco a pouco, foram se incorporando àquilo que o indivíduo passou a considerar como condição de normalidade para si. Nesse momento, se o profissional de saúde perguntar a um morador de rua com tosse, febre e desnutrição como ele vai de saúde, ele responderá: “Vou bem”. Caberá então como tarefa adicional às equipes de atenção à saúde dessa população apoiar o despertar do olhar do cidadão para si mesmo como alguém que pode encontrar uma nova “normalidade” de direito e de saúde, mais compatível com a vida e a dignidade humanas (2012, p. 53).

Novamente reforçamos sobre a importância dos profissionais de saúde se atentarem aos diferentes perfis da PSR de modo a reduzir as limitações do grupo no que diz respeito às barreiras no uso dos serviços de saúde. Atenção especial aos fatores que podem desencorajar a busca por auxílio, tais como: a exigência de documentação⁷⁴, a distância dos serviços, o número reduzido de equipes de atenção primária disponíveis no território, o tempo de permanência da PSR dentro das unidades que pode significar a perda das refeições ou acesso ao abrigo por conta das regras estabelecidas, e por fim, a inabilidade, ou seja, a simpatia/sensibilidade da equipe no trato com esse cidadão.

Como proposta central para a presente investigação, encerramos este quarto e último capítulo, mediante as análises das nuances que envolveram o processo saúde-doença-cuidado na PSR e sobre o acesso do segmento social assinalado às políticas públicas de saúde na cidade de Campos dos Goytacazes/RJ *locus* de realização desta pesquisa. A seguir tecem-se as considerações finais.

⁷⁴ Em seu parágrafo único, a Lei Nº 13.714, de 24 de agosto de 2018 especifica que “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” (BRASIL, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Aos esfarrapados do mundo e aos que neles se descobrem e, assim descobrindo-se, com eles sofrem, mas, sobretudo, com eles lutam” (Paulo Freire, 2001)

Os resultados encontrados, estão alicerçados sobre os relatos colhidos e nos convidam o tempo todo a rever como a sociedade e as próprias pessoas em situação de rua utilizam o espaço urbano, os seus corpos como instrumento de sobrevivência e força motriz de trabalho que “não pode parar” e a compreender de que modo essas condições impactam permanentemente sobre os seus modos de viver, adoecer e morrer.

Os achados da pesquisa apontaram também para o fato de quando se trata do segmento, atividades cotidianas como higiene, alimentação, moradia e direito a ter direitos quando demandam por cuidados em saúde, estão bem distantes do que para a população domiciliada e socioeconomicamente inserida assume como *status* natural.

O caminho forjado durante a investigação, mostrou-nos que a rua acolhe os socialmente “desprezados” e “descartados”, situação aprofundada pela crise econômica vigente no país e pela chegada da pandemia da Covid-19.

No território da rua, são ressignificadas e partilhadas histórias de vida que muitas vezes se assemelham. Em meio aos riscos e às adversidades impostas no cotidiano, ocorre a busca pela sobrevivência, sendo assim, as pessoas necessitam se conectar por meio da formação de grupos, pelas afinidades e pelos padrões identitários que os socializam e os protegem.

A pesquisa trouxe à luz do debate, indagações de maior amplitude acerca do trinômio saúde-doença-cuidado na PSR, sobre pobreza⁷⁵, desigualdade social e, sobretudo, do surgimento/recrudescimento destes elementos nas sociedades modernas. Neste contexto, chama atenção a desvinculação do grupo dos processos produtivos, especialmente, os formais, redundando quase sempre no isolamento e na exclusão social.

Apontou para a necessária incorporação na pauta das políticas de saúde direcionadas à PSR, observações que privilegiem as suas diferenças, suas diversidades. Tais ponderações se justificam diante da importância dos aspectos revelados, relacionados ao processo de saúde-adoecimento-cuidado, na medida em que, a vulnerabilidade social imposta ao grupo

⁷⁵ Na concepção de Simmel (2014), a pobreza classificaria os indivíduos como parte de um grupo de características homogêneas, privados de condições mínimas de subsistência e de exercerem os seus direitos políticos, “coexistindo” com a sociedade apenas na categoria de pobres, ocupando uma posição orgânica muito específica dentro do todo, recebendo dos seus membros e associações, a ajuda necessária à correção da sua condição de dependência social da coletividade.

destacado, pode configurar-se como fator edificante de iniquidades no acesso às políticas sociais no campo da saúde pública.

O fenômeno da PSR possui uma multiplicidade de determinantes. Todavia, restou claro, que tem em comum a articulação de três condições principais: a pobreza extrema, os laços familiares⁷⁶ fragilizados ou interrompidos e a inexistência de moradia convencional regular. Ressalte-se, entretanto, que não há uma ordem ou linearidade na condução deste processo.

A partir de uma perspectiva sócio-histórica, explica Iamamoto (2008), que viver na rua é consequência do agravamento das condições sociais; da banalização do humano e da retração da participação do Estado na garantia dos direitos dos cidadãos; acanhado investimento na promoção de políticas sociais que atendam às especificidades do grupo⁷⁷ conduzindo-o à “descartabilidade” e a “indiferença”, condensando a invisibilidade e a alienação desses sujeitos aos olhos da sociedade.

Na rua predomina a escassez de quase tudo. São restritos os recursos materiais e afetivos e muitos se relacionam afetivamente por carência e por necessidade de preservação da vida. Inúmeras pessoas com as quais eu pude conversar, por inúmeras razões, não mantêm mais qualquer tipo de vínculo ou contato com familiares e amigos dos seus locais de origem.

Tais fragilidades se associam e por que não dizer, são capazes de precipitar o adoecimento, especialmente, pelo fato de se tratarem de uma infeliz junção entre fatores sociais, biológicos e psicológicos que facilmente contribuem para a geração de sofrimento e adoecimento no grupo destacado.

Neste sentido, a investigação nos auxiliou a compreender que, no segmento social observado, os significados do processo de saúde e adoecimento assumem diferentes facetas, pois, há uma ordem de prioridades de sobrevivência que impõe a essas pessoas novos significados e condutas ao se tratar do trinômio saúde-doença-cuidado.

O estudo revelou ainda, que em Campos dos Goytacazes, a PSR assim como ocorre em outras cidades, sobrevive no limite da experiência humana. Deste modo, convida-nos a repensar que o município investigado precisa avançar no terreno de garantia do direito universal de acesso ao SUS.

⁷⁶ “Não se configuram necessariamente nos padrões formais de composição consanguínea, mas estão unidos por laços de afetividade. Geralmente, encontram-se nos barracos localizados em baixo de viadutos”. (FARIAS; GOMES; ALMEIDA, 2016, p. 17).

⁷⁷ “São compostos por vínculos de amizade que substituem, muitas vezes, os laços familiares que seus membros perderam. Seus integrantes relacionam-se geralmente de forma solidária e garantem a sobrevivência através de biscates e doações” (FARIAS; GOMES; ALMEIDA, 2016, p. 17).

A partir das informações reveladas, percebeu-se que o comportamento dos profissionais que atendem às demandas da PSR na cidade em tela, assim como sinaliza Koopmans (2020), singulariza-se mediante às suas próprias leituras de mundo. Pelas singularidades de suas próprias histórias de vida, diante da perspectiva de como eles veem e percebem o mundo, ou seja, *o habitus*⁷⁸ desses profissionais é assim também construído por meio das suas trajetórias pessoais, profissionais e sociais, de modo a interferir na maneira como constroem o ofício de cuidar.

Mediante as narrativas dos envolvidos na investigação e com base na compilação dos resultados, concluiu-se que os elementos que constituem atualmente o perfil dos profissionais de saúde estariam diretamente conectados aos seus antecedentes familiares, aos seus valores e às experiências anteriores à sua formação atual.

De acordo com a pesquisa, tais circunstâncias são muitas vezes geradoras de iniquidades de acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, acreditamos que essas questões precisam ser trabalhadas, modificadas e recomendamos a desconstrução de todas as formas de estigma e de preconceito que possam interferir na prática da oferta do cuidado à PSR.

Portanto, a fim de que prevaleçam práticas humanizadas nos processos de acolhimento e do cuidado longitudinal, o perfil de trabalho dos profissionais junto à PSR deve ser criteriosamente avaliado e reorientado sistematicamente. Deste modo, aconselhamos que sejam formulados mais estudos sobre a temática da população de rua, por meio da realização de novas pesquisas a fim de que subsidiem as boas práticas profissionais junto a esta população na cidade de Campos.

A tese sinalizou para a necessidade da valorização de políticas sociais em defesa dos Direitos Humanos da PSR que ultrapassem os campos da Assistência Social e da Saúde, pois, diante da sua heterogeneidade, podem ser privilegiadas ações integradas sistemicamente, além de abordagens que privilegiem as mais diversas áreas de conhecimento.

O trabalho investigativo também apontou para a persistente desarticulação entre os serviços que compõem a rede pública do município analisado. Demonstrou que perduram dificuldades de interlocução entre as secretarias, com destaque para assistência, saúde, habitação, educação, trabalho e renda; ocasionando a descontinuidade de programas, além de

⁷⁸O *habitus* na concepção de Bourdieu se trata uma subjetividade socializada, “de um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, de apreciações e de ações - e torna possível a realização de tarefas infinitamente diferenciadas, graças às transferências analógicas de esquemas” (BOURDIEU, 1983, p. 65),

persistentes dificuldades na implementação de agendas que se comprometam verdadeiramente com a formulação de políticas públicas equânimes direcionadas ao grupo.

Concluiu-se a partir desse estudo que, a PSR de Campos dos Goytacazes permanece sendo vista pela sociedade como uma ameaça social, refletindo assim na formulação de políticas sociais que continuam a comportar vieses higienistas, de isolamento ou punitivas, pautadas quase sempre sob a ótica da segurança pública.

Foi possível observar também que se perpetuam, nos espaços de cuidar da cidade, iniquidades de acesso por parte da PSR, pois, diante dos relatos colhidos junto aos profissionais do CnaR, frequentemente, os profissionais que atuam nestes locais possuem dificuldades que se traduzem em limitações na oferta do cuidado, relutam muitas vezes em compreender e a lidar com a diversidade do grupo, seus processos de rualização e os impactos causados sobre a sua saúde e seus modos de cuidado.

A sondagem deixou clara também que as condições de vida e saúde da PSR campista não difere do ocorre em outros lugares do país. Deste modo, Fahra (2015) aponta que as leis, as políticas, as práticas comerciais e as histórias dos meios de comunicação, passam uma imagem dessas pessoas como moralmente inferiores, não merecedoras de assistência e, pior, colocam-nas na condição de responsáveis pela própria desgraça, culpabilizando-as pelos problemas sociais que representam e, uma vez estigmatizadas, “suas necessidades continuam sem cuidados e a desigualdade e discriminação seguem se arraigando” (2015, p. 06).

Destacamos a importância de compreender os problemas de saúde e de acesso ao cuidado pela PSR de Campos mediante às suas trajetórias de vida, pois acreditamos que tais observações podem arrefecer as iniquidades de acesso do grupo nos espaços de cuidar em decorrência da desigualdade, da exclusão e do estigma que os cercam.

Outra análise, sugerida por Di Flora (1987), também serviu de apoio para que a exploração concluísse que, assim como ocorre em outros locais, em Campos igualmente, a PSR sofre os efeitos da baixa autoestima e interiorizam a desumanização como um aspecto que os fazem não se sentirem completamente humanos, pois, a pressão imposta pela estrutura social e econômica vigentes ao determinar o ingresso dos indivíduos nesta categoria, condiciona-os à formação de uma nova identidade, a de mendigo, socialmente estigmatizado pela sociedade socioinserida e domiciliada. Neste sentido, assinala Frangella (2009) que tornar-se um morador de rua significa também alterar o espaço urbano e ser alterado por ele.

Segundo Di Flora (1987), a PSR faz escancarar as contradições básicas do modo capitalista de produção, diante do qual, se perpetua a falácia de que todos possuem iguais

oportunidades e a evidência de que, embora a produção seja social, a apropriação dos ganhos é sempre individual.

Durante a pandemia da Covid-19⁷⁹, deflagrada em dezembro de 2019 e que ainda perdura, a alternativa apontada para diminuir a exposição ao vírus causador da doença era/é principalmente o isolamento social. Todos deveriam ficar em suas casas evitando contato com outras pessoas, contudo, para a população em situação de rua, sobrou mais uma vez a exposição e o estigma social (CARVALHO; FONTES; CARVALHO, 2021, p. 06).

A pandemia de Coronavírus expôs, alimentou e exacerbou as desigualdades de renda, gênero e raça existentes. Esta crise revelou os problemas do nosso sistema econômico global falho e outras formas de opressão estrutural que fazem poucos super ricos prosperarem, enquanto milhões de pessoas permanecem em situação de pobreza, sendo a maioria delas mulheres, negros e negras, afrodescendentes, povos indígenas e comunidades historicamente marginalizadas e oprimidas em todo o mundo que lutam para sobreviver. Estamos em um ponto crucial da história humana. Não podemos retornar ao mundo brutal, desigual e insustentável em que o Coronavírus nos encontrou. A humanidade tem um talento incrível, uma riqueza enorme e uma imaginação infinita. Devemos colocar esses recursos para funcionar para criar uma economia mais igualitária e sustentável que beneficie a todos e todas, não apenas a poucos privilegiados. Isso ajudará a construir um futuro que não seja liderado por poucos bilionários, mas por vozes diversas e múltiplas, coletivamente, e alicerçado nos princípios da democracia e dos direitos humanos (OXFAM, 2022, p. 60)⁸⁰.

Salientam Gaio & Diniz (2021) que a pandemia acentuou e expôs brutalmente as faces cruéis da extrema desigualdade social, econômica, urbana e racial internacionalmente e em todos os Estados. Além dos seus efeitos catastróficos à saúde da população mundial, a Covid-19 trouxe à tona no cenário pesquisado, questões que nada têm de novo quando se trata das condições sociais vividas pelos segmentos mais empobrecidos do nosso país. Além do mais, escancarou a necessidade urgente, de definição de políticas públicas municipais direcionadas para o enfrentamento de tais assimetrias, de modo a fazer valer os direitos definidos na CF de 1988.

⁷⁹ Fonte: Observatório do Terceiro Setor. Estudo do IPEA sinaliza para o fato de que mesmo com as ações emergenciais que as prefeituras vêm realizando tem ocorrido o aumento da população em situação de rua durante a pandemia, por conta da desocupação crescente e mais intensa devido aos problemas econômicos. Entre os principais limitadores diante das medidas emergenciais, houve destaque para a dificuldade de testagem das pessoas em situação de rua, a insuficiência das vagas de abrigamento e os obstáculos para acesso às transferências de renda para esta população, especialmente, vinculadas ao acesso à informação, documentação e tecnologia. Também foi pontuada a necessidade de se buscar os mais “vulneráveis entre os vulneráveis”, aí incluídas as pessoas com transtornos mentais ou que vivem em situação de rua fora dos grandes centros e, por consequência, com menos acesso aos serviços públicos. Disponível em: <https://observatorio3setor.org.br/noticias/no-brasil-mais-de-220-mil-pessoas-estao-em-situacao-de-rua/>. Acessado em: 04/03/2022.

⁸⁰ Fonte: OXFAM (2022, p. 06). Relatório intitulado “A Desigualdade Mata A incomparável ação necessária para combater a desigualdade sem precedentes decorrente da Covid-19”. Disponível em: <https://materiais.oxfam.org.br/relatorio-a-desigualdade-mata>. Acessado em: 04/03/2022.

As estatísticas do Projeto Bom Samaritano confirmam que em Campos não foi diferente. De acordo com os números que nos foram fornecidos, só no primeiro semestre de 2022 foram cadastradas mais 117 pessoas em situação de rua que até então não haviam acessado o local anteriormente.

Enfim, os achados produzidos pela pesquisa, apontaram para a relevância da temática e, portanto, para a indispensável ampliação de novos estudos voltados para a compreensão do complexo universo de vida, saúde, adoecimento e morte dessas pessoas, considerando como indispensáveis para tanto, fatores biopsicossociais além da humanização no acolhimento da PSR por parte dos profissionais de saúde nos diversos espaços públicos de cuidar.

Assim, agendas públicas que valorizem, orientem, e conduzam novas práticas profissionais direcionadas à PSR, podem instrumentalizar mecanismos que permitam cessar padrões nocivos de estigma e de exclusão, com respeito à dignidade, à sobrevivência e à preservação das vidas, afinal, cada uma delas importa, e muito!

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Maria Magalhães; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador/Bahia, Brasil. *In: Cadernos de Saúde Pública*, 28(1), 2012. pp. 115-124.
- ARENDDT, Hannah. **Origens do Totalitarismo**. São Paulo: Ed. Companhia das Letras, 1989.
- ARGILES, Mariglei. População adulta em situação de rua: da invisibilidade social ao direito a ter direitos. Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de Mestrado em Política Social da Universidade Católica de Pelotas/RS 2012. Disponível em: https://pos.ucpel.edu.br/ppgps/wpcontent/uploads/sites/5/2018/03/MARIGLEI.ARGILES_Popula%C3%A7%C3%A3o-Adulta-em-Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Rua-%E2%80%93-Da-invisibilidade-social-ao-direito-a-ter-direitos.pdf. Acessado em: 23/06/2021.
- BACELLAR, Anita; ROCHA, Joana Simielli Xavier; FLÔR, Maira de Souza. Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: uma aproximação possível. *In: Revista NUFFEN [online]*. Vol. 4, n. 1, janeiro-junho, 127-140, 2012.
- BACKES, Marli Terezinha Stein; ROSA, Luciana Martins da; FERNANDES, Gisele Cristina Manfrini; BECKER, Sandra Greice; MEIRELLES, Betina Hörner Schindwein; SANTOS, Sílvia Maria de Azevedo dos. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico *In: Rev. enfermagem UERJ* ; 17(1): 111-117, jan.-mar. 2009.
- BARATA, Rita Barradas. **Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.
- BARROS, Ricardo Paes; HENRIQUES, Ricardo; MENDONÇA, Rosane. DESIGUALDADE E POBREZA NO BRASIL: retrato de uma estabilidade inaceitável. *In: Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 15, nº 42. pp. 123-142. Fevereiro de 2000.
- BASTOS, Francisco Inácio. Apresentação do perfil epidemiológico dos usuários do crack: pesquisa social com a apresentação do recorte do perfil de Manguinhos. *In: Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas*. Organização Mirna Teixeira, Zilma Fonseca - 1. ed. - São Paulo, pp. 232-249, Ed. Hucitec, 2015.
- BAUMAN, Zygmunt. **Vidas desperdiçadas**. Rio de Janeiro: Zahar, 2017.
- BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas. A Sociedade como Realidade Objetiva. *In: A Construção Social da Realidade*. Petrópolis, Ed. Vozes, 1985.
- BERLINGUER, Giovanni. **A Doença**. São Paulo, Ed. HUCITEC, 1988. pp. 07 – 36.
- BERNARD, H. R. **Research methods in anthropology: qualitative and quantitative approaches**. Lanham, MD: AltaMira Press, 2005.
- BORIN, Marisa do Espírito Santo. **Desigualdades e rupturas sociais na metrópole: Os moradores de rua em São Paulo**. Tese de Doutorado em Ciências Sociais. Pontifícia

Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2003.

BOURDIEU, Pierre. Sociologia (organizado por Renato Ortiz). São Paulo: Ed. Ática, 1983.

BOURDIEU, P. A distinção: crítica social do julgamento. São Paulo: Edusp; Porto Alegre: Zouk, 2006, 1979.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. **Art. 196**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acessado em: 27 Agosto de 2016.

BRASIL. Lei nº 13.714, de 24 de agosto de 2018. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre a responsabilidade de normatizar e padronizar a identidade visual do Sistema Único de Assistência Social (Suas) e para assegurar o acesso das famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal à atenção integral à saúde Diário Oficial da União, Brasília, 27 ago. 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13714.htm. Acessado em: 15/03/2022.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993. Lei Orgânica da Assistência Social. **Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências**. Brasília, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acessado em: 22/02/2022.

BRASIL. **Decreto Presidencial Nº 7.053 de 24 de Dezembro de 2009**. Brasília: DF. 2009a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acessado em: 05/05/2018.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Proteção Global. Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Nota técnica nº 5/2020/CGRIS/DEPEDH/SNPG/MMFDH. **Orientações gerais sobre atendimento e acolhimento emergencial à população em situação de rua no contexto da pandemia do Covid-19**. Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional Sobre Determinantes sociais da Saúde (CNDSS). **As causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro Comissão Intergestores Tripartite RESOLUÇÃO Nº 2, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2013. **Define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua (PSR) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0002_27_02_2013.html. Acessado em: 19/02/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização

da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2017. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acessado em: 24/02/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília: 2012. 98 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf. Acessado em: 29/01/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria nacional de assistência à saúde. **ABC do SUS - Doutrinas e Princípios**. Brasília: 2010. Disponível: http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf. Acessado em: 03/04/2021.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua**. Brasília, DF: MDS, SAGI; Meta (Sumário Executivo), 2008a. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/acervosocial/wp-content/uploads/sites/7/2017/08/033.pdf>. Acessado em: 12/08/2021.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua: Aprendendo a contar: Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua**. Brasília: abr. 2009b. Disponível em: http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario_executivo_pop_rua.pdf. Acessado em: jan. 2021.

BRASIL. Presidência da República Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 13.714**. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre a responsabilidade de normatizar e padronizar a identidade visual do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e para assegurar o acesso das famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal à atenção integral à saúde. Brasília: 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/Lei/L13714.htm. Acessado em: 24/07/21.

BRUNO, Gabrielle Figueiredo. FERREIRA, Breno de Oliveira. *In: Manual de cuidado & acolhimento*. Manaus: EDUA, 2021.

BUENO, Flávia Thedim Costa Bueno. SOUTO, Ester Paiva. MATTA, Gustavo Corrêa. Notas sobre a Trajetória da Covid-19 no Brasil. *In: Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia*. Observatório Covid 19. Rio de Janeiro, pp. 27-39, Editora FIOCRUZ, 2021.

BURSZTYN, Marcel. Da pobreza à miséria, da miséria à exclusão. *In: BURSZTYN, Marcel (org.). No meio da rua – nômades, excluídos e viradores*. Rio de Janeiro. Ed. Garamond, 2003, pp. 27- 54.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *In: PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1), 2007. pp. 77-93.

CABRAL, ET AL. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.11, p.4433-4442, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a16v16n11.pdf>. Acessado em: 15/07/2022.

CAMARGO JUNIOR., K.R. DE; BOSI, M. L. M. Editorial: Metodologia qualitativa e pesquisa em saúde coletiva. *In: Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, p.p. 1187-1190, Dec.2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-7331201100040001. Acessado em: 12/07/2022.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; BONFIM, José Ruben de Alcântara; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND JUNIOR, Marcos; CARVALHO, Yara Maria de. **Tratado de saúde coletiva**. 2ª ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012.

CANGUILHEM, G. *La Santé: Concept Vulgaire et Question Philosophique*. Toulouse, Sables, 1990.

CANGUILHEM, G. *Escritos sobre a medicina*. Tradução: Vera Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CANGUILHEM G.O.; CAPONI S. O normal e o patológico. 4ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1995. *In: Enfermagem e saúde do adulto*. Org. Ana Cristina Passarella Brêtas A. e Monica Antar Gamba. São Paulo, Manole, 2006.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Trad. Maria Thereza R. C. Barrocas. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CANÔNICO, Rhavana Pilz; TANACA, Ana Cristina D'Andretta; MAZZA, Márcia Maria Porto Rocchetto; SOUZA, Maria de Fátima e; BERNAT, Maria Cristina; JUNQUEIRA, Luciana Xavier. Atendimento à população de rua em um centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. *In: Rev. Esc. Enf. USP, v. 41, edição especial*. São Paulo, 2007. pp. 799-803.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Ed. Cultrix, 2006.

CARVALHO, Gustavo Silva. FONTES, Andrea dos Reis. CARVALHO, Mayana Chagas. **HOUSING FIRST: REABILITAÇÃO DE UM EDIFÍCIO VAZIO PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA**. Bahia, 2021.

CHAGAS, Denicy de Nazaré Pereira; CASTRO, Edna Aparecida Barbosa de. **Trabalho apresentado no Congresso Internacional de Saúde de Cuba-Havana**. ISBN 978-959-2012-963-4, 2015. pp. 01-07.

CHAUÍ, M. **O que é ideologia**. São Paulo, Ed. Brasiliense, 2012.

COIMBRA, Cecília Maria Bouças. **Operação Rio: o mito das classes perigosas - um estudo sobre a violência urbana, a mídia impressa, o discurso de segurança pública**. Rio de Janeiro. Oficina do autor. Niterói: Intertexto, 2001.

COSTA, Ana Paula Motta. População em situação de rua: contextualização e caracterização. *In: Revista Virtual Textos & Contextos (Porto Alegre)*, 4(1), 1-15, 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/277034668_02_Populacao_em_situacao_de_rua_contextualizacao_e_caracterizacao. Acessado em: 20/05/2021.

COSTA, G.D.; COTTA, R.M.M.; FERREIRA, M.L.S.M.; REIS, J.R.; FRANCESCHINI, S.C.C. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. In: **Rev. Brasileira de Enfermagem**, vol. 62, n.1, 2009. pp. 113-118.

COTTA. **Políticas de saúde: desenhos, modelos e paradigmas**. Viçosa, MG: Ed. UFV, 2013.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Vol. 35, nº. 4, 2006. pp. 16-24.

CZERESNIA, Dina; MACIEL, Maria Godinho de Seixas; OVIEDO, Rafael Antônio Malagón. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2013.

DEACON, H. Towards a sustainable theory of health-related stigma: lessons from the HIV/ Aids literature. In: **Journal of Community & Applied Social Psychology**, (16), 2006. pp. 418-425.

DIAS, André Luiz Freitas; MIGLIARI, Wellington. INCONTÁVEIS: INVISIBILIZAÇÃO HISTÓRICA VERSUS AMPLIFICAÇÃO DE MÚLTIPLAS EXISTÊNCIAS DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL. In: Daniel Gaio e Ana Paula Santos Diniz (org.). A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E A QUESTÃO DA MORADIA. Belo Horizonte. Imprensa Universitária da UFMG, 2021. pp. 63-79.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Violência e Saúde Mental: os termos do debate**. In: Ilda Lopes Rodreigues da Silva, Irene Rizzini e Sueli Bulhões da Silva (org.). Violências e garantias de direitos. O Social em Questão, volume 28, ano XV, número 2, 2013.

DIREÇÃO EXECUTIVA NACIONAL DE ESTUDANTES DE MEDICINA (DENEM). Saúde da população em situação de rua. Encontro Regional dos Estudantes de Medicina (EREM). Botucatu, São Paulo, 2017.

DESLAURIERS J. P. **Recherche qualitative: guide pratique**. Québec (Ca): McGrawHill, Éditeurs, 1991.

DI FLORA, M. C. Mendigos: porque surgem, por onde circulam, como são tratados? Petrópolis: Vozes, 1987.

DURKHEIM, Emile. **As Regras do Método Sociológico**. Tradução: Maria Isaura Pereira de Queiroz. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1978.

DURKHEIM, Emile. **Da divisão do trabalho social**. Tradução: Eduardo Brandão. (coleção tópicos). 2ª ed. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1999.

ELIAS, Norbert; SCOTSON, John L. **Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade**. Rio de Janeiro. Ed. Jorge Zaar, 2000.

ESCOREL, Sarah. **Vidas ao léu: trajetória de exclusão social**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 1999.

EVANS, R.G.; STODDART, G.L. Consuming research, producing policy? *In: Am J Public Health*. 2003Mar;93(3):371-9.

FARIAS, Sandra Martins. GOMES, Marcella Furtado de Magalhães. ALMEIDA, Eduarda Lorena de. Proteção, Promoção e Reparação dos Direitos dos Cidadãos em Situação de Rua. *In: Coleção Cadernos de Direitos Humanos: Cadernos Pedagógicos da Escola de Formação em Direitos Humanos de Minas Gerais*. V. 04. Belo Horizonte, pp. 17: Marginália Comunicação, 2016.

FARHA, Leilani. Relatório do Relator Especial sobre Moradia Adequada como Componente do Direito a um Padrão de Vida Adequado. *In: Organização das Nações Unidas (ONU); Conselho de Direitos Humanos*. Secretariado, Genebra, 2015.

FINN, M. & SARANGI, S. Humanizing HIV/Aids and its (re)stigmatizing effects: HIV public ‘positive’ speaking in India. *In: Health*, 13(1), 2009. pp. 47-65.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FONTELLES, Mauro José; SIMÕES, Marilda Garcia; FARIAS, Samantha Hasegawa; FONTELLES, Renata Garcia Simões. **METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA: DIRETRIZES PARA A ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE PESQUISA**. Trabalho realizado no Núcleo de Bioestatística Aplicado à pesquisa da Universidade da Amazônia – UNAMA, Belém – Pará: 2009.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I – A vontade de saber**. Lisboa, Ed. Relógio D’Água, 1976.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: história da violência nas prisões**. Petrópolis: Vozes, 2010.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização, introdução e revisão técnica: Roberto Machado. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2017.

FRANGELLA, Simone. **Corpos Urbanos Errantes**. Uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo. 1ª edição. São Paulo: Annablume, Fapesp, 2009.

GADAMER, H. G. O caráter oculto da saúde. *In: Revista Vozes*, São Paulo, p. 100-176, 2006.

GAILLE, Marie; TERRAL, Philippe. Uma contribuição da Pesquisa Francesa em Ciências Humanas e Sociais para a Análise Internacional da Pandemia de Covid-19. *In: Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia*. Observatório Covid 19. Rio de Janeiro, pp. 51-60, Editora FIOCRUZ, 2021.

GAILO, Daniel. DINIZ, Ana Paula Santos (Organizadores). **A população em situação de rua e a questão da moradia**. Belo Horizonte: Imprensa Universitária da UFMG, 2021.

GATTO, Márcia. **Os indesejáveis: das práticas abusivas e ideologia dominante no enfrentamento aos sujeitos indesejáveis no Rio de Janeiro**. Tese de doutorado 2017 apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ - Rio de Janeiro, 2017.

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**/[organizado por] Tatiana Engel Gerhardt e Denise Tolfo Silveira; coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GERHARDT, Tatiana Engel. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *In: Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro: 22 (11): 2006. pp. 2449 – 2463.

GIDDENS, Anthony; SUTTON, Philip W. **Conceitos essenciais da Sociologia**. São Paulo: Ed. Unesp, 2016.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: 4. ed. Atlas, 2007.

GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; SENNA, Monica de Castro Maia; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; DELGADO, Mônica Mendonça; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de; CUNHA Marcela Silva da; MARTINS, Maria Inês Carsalade; TEIXEIRA, Carina Pacheco. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *In: Revista Ciência e saúde coletiva [online]*. vol. 14, n.3, 2009. pp. 783-794. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232009000300014&script=sci_abstract&tlng=es. Acessado em: 28 Nov., 2016.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda et al. O Território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. *In: BARCELLOS, Christovam (orgs.). Território Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008b. pp. 237-256.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Maurício. Territorialização em Saúde. *In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. Dicionário da educação profissional em saúde*. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. pp. 392-399.

GRILLO André; MACIEL, Fabrício. O TRABALHO QUE (IN)DIGNIFICA O HOMEM. *In: A Ralé Brasileira: quem é e como vive*. Jessé Souza; colaboradores André Grillo *et al.*, São Paulo: Ed. Contracorrente, 2018. pp. 263-300.

GUALDA, D. M. R; BERGAMASCO, R. *In: Enfermagem, cultura e o processo saúde doença*. São Paulo: Ícone, 2004

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. Petrópolis: Ed.Vozes, 2000.

HALLAIS, Janaína; BARROS, Nelson. Consultório de rua: visibilidades, invisibilidade e hipervisibilidade. *In: Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 31 (7), 2015.

HOBBS, Thomas. O Estado e os fundamentos da ordem política. *In: Leviatã*. São Paulo: Edipro, 2015. pp. 12-168.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** São Paulo: Cortez, 2008.

IANNI, Octavio. **A sociedade global.** Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 1992. IBGE Cidades. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama>. Acessado em: 17/05/2018.

JÓHANNESSON, I. A.; POPKEWITZ, T. S. Pierre Bourdieu. *In: J. A. Palmer (editor) Fifty Modern Thinkers on Education. From Piaget to the Present*, pp. 229-234. London: Routledge, 2011.

JUNIOR, Nivaldo Carneiro; NOGUEIRA, Edna Aparecida; LANFERINI, Gisele Magalhães; ALI, Débora Amed; MARTINELLI, Marilda. SERVIÇOS DE SAÚDE E POPULAÇÃO DE RUA: CONTRIBUIÇÃO PARA UM DEBATE. *In: Saúde e Sociedade*, 7(2):47-62, 1998.

KAHHALE, E. M. P. Psicologia na saúde: em busca de uma leitura crítica e uma ação compromissada. *In: A. M. B. Bock (Org.). A perspectiva sócio-histórica na formação em psicologia.* Petrópolis: Vozes, 2003.

KOOPMANS, Fabiana Ferreira. **O Campo e o Habitus nas práticas de cuidado de equipes de consultório na rua: notas etnográficas.** Tese de Doutorado apresentada ao Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Universidade Federal Fluminense (UFF). Niterói, 2020.

KRENZINGER, Miriam *et. al.* Populações em situação de rua. Rio de Janeiro: Ed. Pallavra, 2017.

KRIEGER, N. A. Glossary for social epidemiology. *In: J. Epidemiology Community Health*, n. 55, pp. 693-700, 2001.

LACERDA, C.B.; FUENTES-ROJAS, M. Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso. *In: Revista Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61): 363-72.

LIRA, C.D.G.; JUSTINO, J.M.R.; PAIVA, I.K.S.; MIRANDA, M.G.O.; SARAIVA, A.K.M. O acesso da população em situação de rua é um direito negado? *In: REME – Revista Mineira de Enfermagem*. [citada]; 23: e-1157, 2019. Avaliada por: DOI:10.5935/14152762.20190004. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/1157.pdf>. Acessado em: 29/01/2021.

LOCKE, John. **Segundo tratado sobre o governo civil.** Tradução: Marsely de Marco Dantas. Apresentação e notas: Daniel Moreira Miranda. São Paulo: Ed. EDIPRO, 2014.

LOYOLA, Maria Andréa. O Lugar das Ciências Sociais na Saúde Coletiva. *In: Saúde Soc. São Paulo*, v.21, n.1, 2012. pp. 09-14.

LUNA, Lara. “FAZER VIVER E DEIXAR MORRER” - A má fé da saúde pública no Brasil. *In: A Ralé Brasileira: quem é e como vive.* Jessé Souza; colaboradores André Grillo *et al.*,. São Paulo: Ed. Contracorrente, 2018. pp. 329-355.

MACERATA, Iacã; PAULA de Cláudia; LOUZADA, Laila; GOMES, Ana Lúcia. **CARTOGRAFIA**. In: **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde: Brasília, 2012. pp. 37-38.

MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Ed. Atlas, 1996.

MARTINS, C. B. Notas sobre a noção da prática em Pierre Bourdieu. In: **Revista Novos Estudos**. CEBRAP, nº 62. p. 163-181. Março, 2002.

MARTINS, Heloisa Helena T. de Souza. **Metodologia qualitativa de pesquisa**. Educação e Pesquisa. São Paulo, v. 30, n. 2, maio/agosto de 2004a. pp. 289-300.

MARTINS, M.C.F.N. **Humanização das relações assistenciais**: a formação do profissional da saúde. 4ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004b.

MATTA, Gustavo Corrêa. REGO, Sérgio. SOUTO, Ester Paiva. SEGATA, Jean. **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil**: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Observatório Covid 19. Rio de Janeiro, pp. 15-83, Editora FIOCRUZ, 2021.

MEDEIROS, Jacinta de Aguiar. **O PROCESSO DE REIMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ ENTRE OS ANOS DE 2009/2015: AVANÇOS E DESAFIOS**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro/UENF- Campos do Goytacazes/RJ, fevereiro de 2018.

MELO, Tomás. BETIATO, Eliane. LIMA, Vanessa. FERRO, Luis. PENA, Danilo. BLEIM, João. LEISTER, Natália. MONTEIRO, Leonildo. HUMBERTO, Carlos. CERQUEIRA, Estevam. RIESEMBERG, Rafaella. **Modelo Moradia Primeiro (Housing First) para a População em Situação de Rua**. Escola Nacional de Administração Pública (ENAP). Brasília, 2021. pp. 04-22.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2006.

MINAYO, M.C.S.; MINAYO-GÓMEZ, C. Difíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H.A. (orgs). **O clássico e o novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. pp. 117-142.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Ed. Hucitec, 2014.

MOLLAT, Michel. **Pobres, humildes y miserables en la Edad Media**. *Estudio social*. Trad.

Carlota Vallée. México: FCE, 1988.

MONTEIRO, Simone. *et. al.* A Produção Acadêmica Recente sobre Estigma, Discriminação, Saúde e Aids no Brasil. *In: Estigma e Saúde*. Organizado por Simone Monteiro e Wilza Villela. – Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2013. pp. 61-80.

MORENO, Arlinda B. MATTA, Gustavo Corrêa. Covid-19 e o Dia em que o Brasil Tirou o Bloco da Rua. *In: Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia*. Observatório Covid 19. Rio de Janeiro, pp. 41-50, Editora FIOCRUZ, 2021.

MOURA, Y.G.; SILVA, E.A; NOTO, A.R. *et. al.* Redes Sociais no Contexto de Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua. *In: Psicologia em Pesquisa / UFJF* / 3 (01) /31-46 / 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v3n1/v3n1a04.pdf>. Acessado em: 25/06/2020.

ALMEIDA FILHO, Naomar. A problemática teórica da determinação social da saúde. *In: Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*/Roberto Passos Nogueira (Organizador) – Rio de Janeiro: Cebes, 2010. pp. 13-37.

ALMEIDA FILHO, Naomar. **O que é saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011.

NASCIMENTO, Elimar Pinheiro do. Dos excluídos necessários aos excluídos desnecessários. *In: BURSZTYN, Marcel (org.). No meio da rua: Nômades, excluídos e viradores*. Brasília: Ed. Garamond, 2003. pp. 56-87.

NATALINO, Marco Antonio Carvalho. Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020). *In: Nota Técnica, n. 73*. Brasília: IPEA, 2020. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200612_nt_disoc_n_73.pdf. Acessado em 18/04/2021.

NATALINO, Marco Antonio Carvalho. Elementos para uma estimativa da população em situação de rua no Brasil. *In: Estudo Técnico Nº 10/2016. BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria de Avaliação e Gestão de Informação – MDS/SAGI*. Disponível em: <http://acervodigital.mds.gov.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/851/124.pdf?sequence=1>. Acessado em: 05/05/2018.

NÉRI, Marcelo; SOARES, Wagner. Desigualdade social e saúde no Brasil. *In: Cadernos de Saúde Pública*, 18, 2002. pp. 77-87.

NOBRE, Maria Teresa et al. *In: Narrativas de modos de vida na rua: histórias e percursos*. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 30, e175636, 2018.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária** (Organizador). Rio de Janeiro: Cebes, 2010. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/determinacao-social-saude-reforma-sanitaria>. Acessado em: 25/06/2022.

NUNES, Nilza Rogéria de Andrade; CINACCHI, Giovanna; RAMOS, Tania; RODRIGUEZ, Andrea; MATTOS, Bianca. **População em situação de rua em tempos de pandemia da Covid-19**. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio, 2021. pp. 42-45.

NUNES, E. Goffman: contribuições para a sociologia da saúde. *In: Physis*, **19(1): 173-187**, 2009.

PACKER, Milene Pescatori et al. “Virei um mendigo”: vivências de ex-moradores de rua acolhidos em uma instituição confessional brasileira. *In: Rev Enferm UFSM*, 2015. Jan/Mar; 5 (1). pp. 69-80.

PAIVA, Irismar Karla Sarmiento de et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, 21 (8): 2016. pp. 2595-2606.

PARKER, R. & AGGLETON, P. HIV and Aids related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *In: Social Science & Medicine*, **57**, 2003. pp. 13-24.

Pastoral Nacional do Povo da Rua; Pastoral de Rua da Arquidiocese de Belo Horizonte; Centro Nacional de Defesa dos DH da PSR e Catadores de Materiais Recicláveis; Fórum Mineiro de Direitos Humanos. Um olhar sobre a População em Situação de Rua e Direitos Humanos no Brasil. *In: Movimento Nacional de Direitos Humanos et. al. Direitos humanos no Brasil: diagnósticos e perspectivas*. Passo Fundo: IFIBE, 2012.

PEREIRA, T. T. S. O.; AUGUSTO, M. C. N. A.; BARROS, M. N. S. **O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco**. *In: Mental*, 9(17), 523-536, 2011.

PEREIRA, Viviane de Souza Pereira. Expressões da questão social no Brasil e população de rua: Notas para uma reflexão. *In: Libertas, Juiz de Fora*, v. 4, n. 1, p. 179 – 205, jul-dez/2009.

PINHEIRO, Roseni; GERHARDT, Tatiana Engel; RUIZ, Eliziane Nicolodi Francescato; JUNIOR, Aluisio Gomes da Silva. *In: Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Tatiana Engel Gerhardt, Roseni Pinheiro, Eliziane Nicolodi Francescato Ruiz, Aluisio Gomes da Silva Junior (organizadores) - Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/ UERJ – ABRASCO, 2016. pp. 13-24.

PORTO, Marcelo Firpo de Souza; PIVETTA, Fátima. Por uma Promoção da Saúde Emancipatória em Territórios Urbanos Vulneráveis. *In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. pp. 207-229.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. **Manuel de recherche en sciences sociales**. Paris: Dunod, 1995.

RAFFESTIN, Claude. *In: Por uma geografia do poder*. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo: Ática S.A. 1993. pp. 143-163.

RANGEL, Valcler. Apresentação. *In: Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas*. Organização Mirna Teixeira, Zilma Fonseca - 1. ed. - São Paulo, pp. 15-17, Ed. Hucitec, 2015.

RIZZINI, Irene. **O século perdido**: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil. 2ª ed. revista. São Paulo: Cortez Editora, 2011.

ROCHA, Patrícia Rodrigues; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Determination or determinants? A debate based on the Theory on the Social Production of Health. *In: Rev Esc Enferm USP*. 2015 Nov; 49 (1): pp. 127-33.

ROCHA, Sônia. **Pobreza no Brasil: afinal de que se trata?** Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006.

ROSA, Anderson da Silva; CAVICCHIOLI, Maria Gabriela Secco; BRÊTAS, Ana Cristina Passarela. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. *In: Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 13, núm. 4, 2005. pp. 576-582.

ROUSSEAU, Jean-Jaques. **Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens**. Editora L&PM Pocket. 2008.

ROUSSEAU, Jean-Jaques. **Do contrato social**. Tradução: Eduardo Brandão. Editora Penguim, 2011.

S.C.C. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *In: Rev. Brasileira de Enfermagem*, vol. 62, n.1, 2009. pp. 113-118.

SACK, R. **Human territoriality**: Its theory and history. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

SANTOS, Caroline Gomes. **A Política Nacional Para População em Situação de Rua e sua Efetivação de Direitos**. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Serviço Social da Universidade Estácio de Sá. Bahia, 2015.

SANTOS, J.L.; WESTPHAL, M.F. **Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade**. *Estud. Av.*, v. 13, n. 35, 1999.

SANTOS, Milton. **Pobreza urbana**. São Paulo: Ed. Edusp, 2013b.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Ed. Record, 2013a.

SCHUCH, Patrice. Aproximações com as Pessoas em Situação de Rua. *In: UFRGS/LABORS*. Relatório I de Pesquisa: Cadastro de Adultos em Situação de Rua e Estudo do Mundo da População em Situação de Rua de Porto Alegre/RS. POA, UFRGS, 2007 (mimeo). Disponível em: http://www.ufrgs.br/saudecoletiva/Relatorio_Pop_Rua_jun08.pdf. Acessado em: 15/07/2021.

SCHUCH, Patrice; GEHLEN, Ivaldo. Situação de rua para além de determinismos:

explorações conceituais. *In: A Rua em Movimento: debates acerca da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre*. Belo Horizonte – MG, 2012. Disponível em: http://Iproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/fasc/usu_doc/a_rua_em_movimento.pdf. Acessado em: 15/07/2021.

SETTON, M. G. J. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: Uma leitura contemporânea. *In: Revista Brasileira de Educação*. USP. São Paulo; nº 20: 60- 70, maio/jun/jul/ago, 2002.

SILVA, Diogo Jordão; SILVA Silvana Cristina da. População em Situação de Rua, Território e Políticas Sociais em Campos dos Goytacazes/RJ. *In: XVII Enanpur. Sessão Temática 2: Estado, Planejamento e Gestão do Território em Suas Múltiplas Escalas: Desenvolvimento, Crise e Resistência: Quais os Caminhos do Planejamento Urbano e Regional?* São Paulo, 2017.

SILVA, Inácio Crochemore Mohnsam da *et al.* Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. *In: Epidemiol. Serv. Saúde [online]*. 2018, vol. 27, n.1. Epub 15-Fev-2018. ISSN 1679-4974. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000100017>. Acessado em: 19/10/2021.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. A condição do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil - 1995 a 2005. *In: KEMP, Valéria Heloisa; CRIVELLARI, Helena Maria Tarchi (orgs). Catadores na cena urbana: construção de políticas socioambientais*. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 2008. pp. 201-223.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. **Trabalho e populações em situação de rua no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.

SILVEIRA, Angélica. Relato de experiência do Serviço Social no atendimento à pessoa em situação de rua. *In: Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012. pp. 43-49.

SIMMEL, Georg. A metrópole e a vida mental. *In: VELHO, Octávio Guilherme. O Fenômeno Urbano*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

SIMMEL, Georg. **El pobre**. Madrid: Ed. Sequitur, 2014.

SIMMEL, Georg. **Questões fundamentais da sociologia: indivíduos e sociedade**. Tradução: Pedro Caldas. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

SNOW, David A.; ANDERSON, Leon. **Desafortunados: um estudo sobre o povo da rua**. Tradução: Sandra Vasconcelos. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

SOUZA, David. ESPECIFICIDADES DO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA *In: Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012 (Série A. Normas e Manuais Técnicos), pp. 51-57. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf>. Acesso em: 15/04/2021.

SPOSATI, A. Exclusão social abaixo da linha do Equador. *In: VERÁS, M. P. B. (Ed.) Por uma sociologia da exclusão social: o debate com Serge Paugam.* São Paulo: Educ, 1999.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TARLOV, A. Social Determinants of Health: the sociobiological translation. *In: BLANE, D.; BRUNNER, E.; WILKINSON, R. (Eds.). Health and Social Organization.* London: Routledge. pp. 71-93, 1996.

TARTUCE, T.J.A. **Métodos de pesquisa.** Fortaleza: UNICE – Ensino Superior, 2006. Apostila.

TAVARES, David. **Introdução à Sociologia da Saúde.** Coimbra: Ed. Almedina, 2016. pp. 15-118.

TAYLOR, P.; CHANDIWANA, S. K.; GOVERE, J. M. & CHOMBO, F. Knowledge attitudes and practices in relation to schistosomiasis in a rural community. *In: Social Sciences and Medicine*, 24: pp 607-611, 1987.

TRAVASSOS, Claudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. *In: GIOVANELLA, Ligia et al, (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. pp. 183-206.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup p.S190-S198, 2004. Disponível em:<https://www.scielo.org/pdf/csp/2008.v24suppl1/s100-s110/pt>. Acessado em: 11/07/2022.

TRENTIN, M.; SILVA, E. B.; BOCAYUVA, P.C.C. Direitos e Violência: tensões e fluxos no Brasil atual. *In: Movimento Nacional de Direitos Humanos et. al. Direitos humanos no Brasil 3: diagnósticos e perspectivas.* Passo fundo: IFIBE, 2012.

TRINO, Alexandre; RODRIGUES, Rosana Ballestero; JUNIOR, Antonio Garcia. A População em situação de Rua e Seus Territórios. *In: Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua.* Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde: Brasília, 2012. pp.31-37.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças, e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*. v.39, n.3, p.507-14, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf> . Acessado em 12/07/2022.

UCHÔA, E. & VIDAL, J. M. Medical Anthropology: Conceptual and Methodological Elements for an Approach to Health and Disease. *In: Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 10 (4): 497-504, Oct/Dec, 1994.

VALENCIO. Norma Felicidade Lopes da Silva et. al. Pessoas em situação de rua no Brasil: Estigmatização, desfiliação e desterritorialização. *In: Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v. 7, n. 21, 2008. pp. 556 - 605.

VARANDA, Walter; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua de o desafio para políticas de saúde. *In: Saúde e Sociedade*, v.13, n. 1, pp. 56-69. São Paulo, 2004.

VIEIRA, M. da C.; BEZERRA, E.M.R.; ROSA, C.M.M (orgs). População em Situação de Rua: quem é? Como vive? Como é vista? São Paulo: Hucitec, 1994. pp. 93-95.

World Health Organization. Carta de Ottawa. Promoção da saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. *In: Ministério da Saúde (Br)*. FIOCRUZ. Brasília (DF), 1986.

APÊNDICES



UENF

Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO – UENF

CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA SERVIDORES DE UNIDADE(S)
SOCIOASSISTENCIAL(IS) DA SMDHS DE CAMPOS DOS GOYTACAZES-RJ**

1. Fale um pouco sobre a sua formação, a sua trajetória profissional, a sua história junto à temática da PSR e há quanto tempo você está atuando nesta unidade?
2. O que você pensa a respeito da Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPSR)?
3. De modo geral, você poderia dizer quais são os serviços oferecidos à PSR pela rede assistencial da SMDHS da cidade de Campos dos Goytacazes-RJ, número de vagas, a sua tipificação e a sua localização geográfica?
4. Quais os técnicos compõem a equipe que atua nessa Unidade, quais atividades eles desenvolvem e por quais treinamentos passaram?
5. Na sua avaliação, você considera que os equipamentos que compõem a rede de serviços socioassistenciais da SMDHS na cidade, se encontram bem integrados entre si? Além disso, sob o seu ponto de vista, estão localizados territorialmente de maneira a atender à dinâmica da PSR no espaço urbano?
6. Quantos atendimentos em média são realizados diariamente nesta unidade?
7. Qual a origem e destino dos usuários que passam por aqui diariamente?
8. Você tem observado alguma variação na demanda pelo serviço?
9. Existe(m) algum(ns) instrumento(s) de avaliação por parte dos usuários sobre a qualidade dos serviços ofertados por essa Unidade?
Não () Sim () → Poderia falar um pouco sobre ele(s)?
10. Existem informações sobre quais são as queixas de saúde mais frequentes dos usuários que comparecem a este setor?
Não () Sim () → Poderia falar um pouco sobre ele(s)?
11. Na ocorrência de queixas de adoecimento qual(is) a(s) é/são a(s) unidade(s) de saúde acionada(s) pela sua equipe de técnicos, ou seja, para onde eles encaminham com mais frequência e por qual(is) motivo(s)?

12. Há um instrumento oficial de encaminhamento, e algum mecanismo de referência e contra referência acerca dos atendimentos endereçados aos serviços do SUS pelos técnicos desta unidade?
13. Quais são as maiores dificuldades relatadas pelos técnicos da sua unidade no que se refere aos atendimentos que precisam ser referenciados ao SUS?
14. Caso haja trabalho desta equipe no espaço da rua, fale um pouco sobre quais são os critérios de escolha dos pontos de abordagem e se há alguma delimitação do perfil dos usuários assistidos, ou seja, há limitações quanto à faixa etária, gênero, entre outras questões?
15. Se esta unidade realiza abordagens na rua, como são tratadas as demandas de saúde observadas durante esse trabalho?
16. Sabe informar quais são os locais de maior concentração de PSR na cidade e quais as razões desta dinâmica?
17. Caso ocorram abordagens no território da rua pela sua equipe, existem roteiros prévios para a saída dos profissionais e horários previamente definidos? Quais os critérios de escolha dos locais de abordagem?
18. A equipe sai em veículo oficial ou segue os pontos de abordagem a pé? Há revezamento da equipe de profissionais durante a semana?
19. Quais as maiores dificuldades relatadas pelos profissionais durante a abordagem na rua, caso ocorra essa modalidade de trabalho?
20. Sabe informar se há equipes de Consultórios na Rua atuando em Campos dos Goytacazes-RJ? Caso haja, trabalham integrados com vocês? Caso não haja, saberia dizer sobre as razões?
21. Na escala abaixo, no que se refere à **infraestrutura** e aos **equipamentos necessários** aos atendimentos, em qual dos itens você classificaria a sua unidade de trabalho?
Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo () Comente a sua resposta
22. Na escala abaixo, no que se refere aos **insumos necessários** aos atendimentos, em qual dos itens você classificaria este equipamento?
Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo () Comente a sua resposta
23. Existe alguma pesquisa oficial recente que trace o perfil da população em situação de rua em Campos dos Goytacazes-RJ? Em caso afirmativo, poderia falar um pouco sobre a sua metodologia de realização e sobre os resultados encontrados?
24. Poderia fazer algumas considerações finais sobre as condições gerais da PSR no Brasil e em Campos dos Goytacazes-RJ?

25. Gostaria de fazer recomendações para o fomento de uma agenda intersetorial de Políticas Públicas para o município de Campos dos Goytacazes-RJ, especialmente no que se refere às ações que envolvem as SMDHS/SMS, direcionadas à PSR?
26. Poderia narrar algum episódio marcante na sua trajetória de trabalho junto à PSR?

Gravar a data, informar sobre o sigilo da identidade caso seja o desejo do entrevistado (a), informar sobre o uso das informações na tese e em futuros artigos acadêmicos, falar sobre a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e, por fim, sobre a sua participação voluntária e os agradecimentos.



UENF

Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO – UENF
CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NA
CIDADE DE CAMPOS DOS GOYTCAZES-RJ**

- 1) Nome/apelido:
- 2) DN:
- 3) Cor (autodeclarada):
- 4) Sexo (autodeclarado):
- 5) Estado civil:
- 6) Escolaridade:
- 7) Profissão/ocupação: Professa alguma religião? Sim () → qual? Não ()
NI ()
- 8) Você é nascido no município de Campos? → Sim () → Não () Local de
nascimento:

Último bairro onde permaneceu? Última cidade antes de chegar aqui?

Qual(is) motivo(s) o trouxe(ram) a Campos e como conseguiu vir?
- 9) Deseja retornar ao seu último local de permanência ou ao seu local de nascimento?
Sim () Não () Por que?
- 10) Você mantém contato com alguém da sua família?
Não () Sim () → Com quem? Período: Diário () Semanal () Semestral ()
Anual ()
Outro período ()

Por qual(is) motivo(s)?

Gostaria de ter? Não () Sim ()

Por que?

- 11) Há quanto tempo você está vivendo nas ruas? Poderia comentar sobre o(s) motivo(s)?
- 12) Em que ponto da cidade você passa a maior parte do seu tempo? Por qual(is) razão(ões)?
- 13) Você recebe algum benefício social? Não () Sim () Qual(is)? O que acha dessa ajuda?
- 14) Possui todos os seus documentos? Sim () Não () Qual(is) faltam?
- 15) Encontra/encontrou dificuldades de atendimento em órgãos públicos por causa da ausência de documentos? Não () Sim () Qual(is) lugar(es)?
- 16) Qual a sua principal fonte de renda atualmente?
- 17) O que é ter saúde?
- 18) O que é ficar doente?
- 19) Você tem algum problema crônico de saúde?
 Não () () Sim Pode falar qual? Faz tratamento? Sim () Não () Por que?
- ↓
 Onde?
 ↓
 Por que escolheu este local?
- 20) Alguma vez você já adoeceu vivendo nas ruas de Campos? Não () Sim () O que você teve e o que você fez?
- 21) Demora/demorou buscar ajuda quando se sente doente? Não () Sim () Quanto tempo em média? Comente a sua resposta se possível.
- 22) Você consegue trabalhar mesmo quando fica doente? Sim () () Não Comente por favor
- 23) Já buscou atendimento de saúde em Campos? Não () Sim () Qual(is) lugar(es)?
- 24) Caso a resposta anterior seja sim, por qual(is) motivo(s) você escolheu esta(s) Unidade(s) de Saúde?
- 25) Chegou até lá por meio de alguma condução? Não () Sim () Qual(is)?
- 26) Foi sozinho ou acompanhado? Comente a sua experiência se possível
- 27) Ao buscar por atendimento(s) de saúde em Campos você encontrou/encontra alguma dificuldade?
- Não () Sim () → Distância() Limitação física() Limitação econômica() Preconceito ()
 Falta de documento(s) () Outros? () Qual(is)?

- 28) Qual(is) profissional(is) te atendeu(ram)?
- 29) Como você classifica o atendimento recebido por este(s) profissional(is)?
Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo () Comente caso queira
- 30) O que você acha que precisa para melhorar a situação de saúde da PSR em Campos?
- 31) Você acha que a saúde é um direito de todos? Não () Sim () Quem deve garantir esse direito?
- 32) Considera difícil conseguir realizar sua higiene pessoal? Não () Sim ()
Comente caso desejar
- 33) Encontra dificuldade(s) para conseguir se alimentar? Não () Sim () Qual(is)?
- 34) Quantas vezes ao dia se alimenta em média?
- 35) Você tem uso problemático com algum tipo de droga? Não () NI () Sim ()
Poderia dizer qual(is)?
- 36) Caso a resposta anterior seja afirmativa, deseja interromper o uso? Não () Sim ()
Qual o tipo de ajuda você acha que precisa para conseguir?
- 37) Tem vontade de sair das ruas? Sim () () Não Comente
- 38) Poderia falar um pouco sobre quais são os seus planos para o futuro?

Gravar a data, informar sobre o sigilo da identidade caso seja o desejo do entrevistado (a), informar sobre o uso das informações na tese e em futuros artigos acadêmicos, falar sobre a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e, por fim, sobre a sua participação voluntária.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY
RIBEIRO - UENF
CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM – CCH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

Termo de Consentimento para o uso de Voz e Imagem

Prezado (a) Senhor (a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar de nosso estudo sobre o acesso da População adulta em Situação de Rua aos serviços públicos de saúde no município de Campos dos Goytacazes-RJ, a partir dos seu próprio ponto de vista, ou seja, diante da sua perspectiva enquanto profissional atuante nos serviços de saúde e de assistência social que compõem os quadros da Prefeitura de Campos dos Goytacazes.

Trata-se de uma tese de doutoramento, desenvolvida por Jacinta de Aguiar Medeiros e orientada pelo Prof. Dr. Mauro Macedo Campos, titular do Programa de Pós Graduação em Sociologia Política do Centro de Ciências do Homem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro – CHH/UENF.

O (a) participante selecionado (a) poderá retirar-se da pesquisa em qualquer uma das suas fases. Os registros efetuados no decorrer do estudo, serão usados para fins acadêmico-científicos, preservando-se sempre que solicitado o anonimato do entrevistado.

Em caso de concordância com as considerações expostas acima, solicitamos gentilmente que assine o presente TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) no local indicado abaixo. Desde já agradecemos a sua colaboração, ressaltando-se que a qualquer momento, o participante poderá receber os esclarecimentos adicionais que julgar necessários.

NOME DO PESQUISADO (A): _____

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: _____

Campos dos Goytacazes/RJ, ____ de _____ de 202

Assinatura do (a) pesquisado (a)



UENF

Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO – UENF
CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA**

**ROTEIRO DE PERGUNTAS OFERECIDO AOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM
NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ**

Nome completo: _____ **Sexo:** _____ **Cor:** _____ **DN:** _____
Documento identificação: _____
Ocupação/função: _____ **Unidade de saúde onde trabalha atualmente:** _____

27. Fale um pouco sobre a sua formação, sobre a sua história profissional e há quanto tempo atua nessa unidade.
28. Na sua avaliação, você considera que os equipamentos que compõem a rede de saúde na cidade de Campos dos Goytacazes/RJ se encontram bem integrados entre si e entre a rede de assistência social? Além disso, sob o seu ponto de vista, os serviços de saúde se encontram localizados territorialmente de maneira a atender a dinâmica da PSR no espaço urbano? Comente, por favor, a sua resposta.
29. Você observa se há um equilíbrio entre idade, cor e gênero na PSR de Campos dos Goytacazes/RJ que acessa este serviço? Por favor, comente a sua resposta.
30. É frequente a chegada e atendimento de pessoas em situação de rua neste serviço? Quais são as causas mais frequentemente relatadas/observadas? Chegam muito debilitados? Vem sozinhos ou trazidos com auxílio, normalmente de quem? Você observa alguma dificuldade durante o atendimento dessas pessoas, se sim, quais?
31. Você considera que a PSR reconhece com facilidade o seu adoecimento? Por favor, comente a sua resposta.
32. Você observa algum tipo de resistência no atendimento por parte dos servidores dessa unidade de saúde ao admitirem essas pessoas, pelo fato de estarem em situação de rua? Comente a sua resposta, por favor.
33. Você considera que os profissionais de saúde estão preparados para atender às demandas de saúde da PSR? Por favor, comente a sua resposta.
34. Há registro de muitos casos de covid-19 na PSR da cidade em tela? Por favor, comente a sua resposta.

35. Você acredita que A PSR seja normalmente relutante em buscar ajuda por conta própria quando necessita de cuidados em saúde? Comente a sua resposta, por favor.
36. Durante os atendimentos realizados nesta unidade de saúde (para os serviços de urgência/emergência/internação), caso não haja necessidade de permanência no setor, mas essas pessoas ainda necessitem de cuidados e principalmente de abrigo, vocês conseguem vagas nos serviços de acolhimento da prefeitura ou as pessoas retornam para as ruas ao receberem alta hospitalar? Comente, por favor, a sua resposta.
37. Há um instrumento oficial de encaminhamento ou algum mecanismo de referência e contra referência acerca dos atendimentos endereçados a outros serviços? Há uma rede que funcione? Comente, por favor, a sua resposta.
38. Há alguma situação importante ocorrida durante o atendimento à PSR que tenha marcado você? Poderia narrar alguma?
39. Poderia fazer algumas considerações finais sobre as condições gerais da PSR especialmente sobre a realidade de Campos dos Goytacazes/RJ?
40. Poderia fazer recomendações para o fomento de uma agenda intersetorial de Políticas Públicas para o município de Campos dos Goytacazes/RJ, especialmente no que se refere às ações que envolvem as SMDHS/SMS, direcionadas à PSR?
41. Caso considere que não tenha sido contemplada no formulário alguma questão, fique à vontade caso deseje fazer comentários sobre a temática.

Agradeço muitíssimo a sua participação voluntária, lembrando que há o sigilo da identidade caso esse seja o seu desejo e que o uso das informações será na tese de doutorado e em futuros artigos acadêmicos.

Atenciosamente,

Jacinta de Aguiar Medeiros

Tel: 22 99840 4410

E-mail: jacinta.aguiar@hotmail.com

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF).

**UENF**

Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO – UENF
CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

ROTEIRO DE PERGUNTAS OFERECIDO AOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DO
CnaR DE CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ

1. Fale um pouco sobre a sua formação, sobre a sua história profissional junto à temática da PSR e há quanto tempo atua junto à PSR.
2. Na sua avaliação, você considera que os equipamentos que compõem a rede de saúde na cidade de Campos dos Goytacazes/RJ se encontram bem integrados entre si e entre a rede de assistência social? Além disso, sob o seu ponto de vista, os serviços de saúde se encontram localizados territorialmente de maneira a atender a dinâmica da PSR no espaço urbano? Comente, por favor, a sua resposta.
3. Você poderia comentar sobre quais seriam os locais de maior concentração da PSR na cidade em destaque, e quais seriam as principais razões dessa dinâmica?
4. Existem roteiros de abordagem prévios para a saída dos profissionais do CnaR e horários previamente definidos? Quais seriam os critérios de escolha? Como é desenvolvido o trabalho da equipe junto ao segmento social destacado? A equipe sai em veículo oficial ou segue os pontos de abordagem a pé?
5. Há alguma delimitação do perfil dos usuários assistidos pela equipe, ou seja, há limitações quanto à faixa etária, gênero, entre outras questões? Comente, por favor, a sua resposta.
6. Você observa se há um equilíbrio entre idade, cor e gênero na PSR de Campos dos Goytacazes/RJ? Comente, por favor, a sua resposta.
7. Quais são as condições mais citadas pela PSR sobre a(s) causa(s) de ida/permanência no espaço da rua? Comente, por favor, a sua resposta.
8. Quais as maiores dificuldades encontradas durante as abordagens da equipe no território da rua?
9. Quantos atendimentos em média são realizados diariamente pela equipe?
10. Quais são as queixas de saúde mais frequentemente relatadas/observadas pela equipe do CnaR durante o trabalho na rua?
11. Há registro de muitos casos de covid-19 na PSR da cidade em tela? Comente a sua resposta, por favor.

12. Há resistência da PSR em receber os atendimentos prestados pela equipe do CnaR no espaço da rua? Comente, por favor, a sua resposta.
13. Você considera que a PSR reconhece com facilidade o seu adoecimento? Comente, por favor, a sua resposta.
14. A PSR é normalmente relutante a buscar ajuda por conta própria quando necessita de cuidados em saúde? Comente a sua resposta, por favor.
15. Quais unidades de saúde eles recorrem com mais frequência quando se deslocam sem a ajuda da equipe de vocês? Por quais razões? Comente a sua resposta, por favor.
16. Durante os atendimentos, as demandas que não podem ser solucionadas por vocês diretamente na rua, são resolvidas de que maneira? Como vocês fazem a remoção das pessoas em situação de rua nos casos de urgência/emergência? Quais são os serviços utilizados com maior frequência durante esses chamados? Há relutância dos serviços em atender as chamadas de vocês por se tratar de PSR?
17. Vocês observam algum tipo de resistência no atendimento por parte dos servidores das unidades de saúde ao admitirem essas pessoas pelo fato de estarem em situação de rua? Comente a sua resposta, por favor.
18. Há um instrumento oficial de encaminhamento, e algum mecanismo de referência e contra referência acerca dos atendimentos endereçados aos serviços do SUS? Funciona?
19. Há alguma situação importante ocorrida nessa trajetória de atendimento entre abordagem na rua, remoção e atendimento que tenha marcado você? Poderia narrar alguma?
20. Poderia fazer algumas considerações finais sobre as condições gerais da PSR especialmente sobre a realidade de Campos dos Goytacazes/RJ?
21. Poderia fazer recomendações para o fomento de uma agenda intersetorial de Políticas Públicas para o município de Campos dos Goytacazes/RJ, especialmente no que se refere às ações que envolvem as SMDHS/SMS, direcionadas à PSR?
22. Caso considere que não tenha sido contemplada no formulário alguma questão, fique à vontade caso deseje fazer comentários sobre o trabalho desenvolvido pela equipe do CnaR e/ou sobre a temática.

Agradeço muitíssimo a sua participação voluntária, lembrando que há o sigilo da identidade caso esse seja o seu desejo e que o uso das informações será na tese de doutorado e em futuros artigos acadêmicos.

Atenciosamente,

Jacinta de Aguiar Medeiros

Tel: 22 99840 4410

E-mail: jacinta.aguiar@hotmail.com

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF).