



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CAMPUS SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

FRANCISCO ANNIELTON BORGES SOUSA

**SAÚDE DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA: RETRATOS PSICOSSOCIAIS
DA VIDA NA RUA**

SOBRAL - 2019

FRANCISCO ANNIELTON BORGES SOUSA

SAÚDE DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA: RETRATOS PSICOSSOCIAIS DA
VIDA NA RUA

Dissertação de Mestrado submetido ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – UFC, como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Francisca Denise Silva Vasconcelos

SOBRAL - 2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- S696s Sousa, Francisco Anielton Borges.
Saúde da Pessoa em situação de rua: : retratos psicossociais / Francisco Anielton Borges Sousa. – 2019.
73 f.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2019.
Orientação: Profa. Dra. Dr. Francisca Denise Silva Vasconcelos .
1. Estratégia Saúde da Família. 2. Cuidado em Saúde. 3. Pessoa em Situação de Rua. I. Título.
CDD 610
-

FRANCISCO ANNIELTON BORGES SOUSA

SAÚDE DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA: RETRATOS PSICOSSOCIAIS DA
VIDA NA RUA

Dissertação de Mestrado submetido ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – UFC, como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Francisca Denise Silva Vasconcelos (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^o Dr^o Paulo Henrique Dias Quinderé
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a Dr^a Ivaldinete de Araújo Delmiro Gemes
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Aos esquecidos e marginalizados.

AGRADECIMENTOS

Agradecer primeiramente meus pais Adilton e Ester, por terem sempre me apoiado e acreditado nos meus sonhos. À minha irmã Anne Kássia, pelo incentivo e as boas vibrações sempre. Aos meus sobrinhos João Gabriel e João Arthur, que a cada dia me ensinam mais sobre afeto e amor.

A minha orientadora Denise, que o destino cruzou nossos caminhos e me possibilitou uma caminhada mais leve e de grandes ensinamentos acadêmico e para vida.

A minha amiga Ligia, que desde o princípio me acompanha e compartilha das dores e delícias de estar no mestrado e na saúde mental.

A Josy, por ter sido um presente que o mestrado me deu, se tornando uma amiga e parceira de desbravar sonhos e desejos.

A população em situação de rua de Sobral, por ter permitido me aproximar e vivenciar junto a eles os desafios, limitações, as violações e violências vividas por eles. Desejo força e resistência.

A equipe do Centro POP e do CSF Tamarindo por terem me apoiado e terem colaborado direta e indiretamente para com a pesquisa.

Por fim um agradecimento a cidade de Sobral, que me fascina e me deixa constantemente incomodado e intrigado, por alimentar meus desejos de mudança.

RESUMO

A pesquisa teve como objetivo compreender como se dá o cuidado da Estratégia Saúde da Família a partir da percepção dos profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família bem como da pessoa em situação de rua. O estudo de pessoas em situação de rua permite uma série de reflexões sobre o posicionamento dos componentes deste grupo na sociedade atual e conseqüentemente, sobre o relacionamento de tais sujeitos com o restante da população. É evidente, porém, a condição de pobreza em que vivem e o tratamento discriminatório que recebem por parte do poder público e da maioria dos habitantes da cidade. O estudo se caracteriza pela natureza exploratória descritivo, com abordagem qualitativa. Participaram da pesquisa: profissionais do CSF Tamarindo e as pessoas em situação de rua que estão sendo acompanhadas pelo Centro POP, com os vínculos familiares interrompidos e sem moradia convencional regular. Mediante a aproximação junto aos profissionais e da população em situação de rua podemos perceber o olhar acerca do cuidado em saúde, no que concerne às políticas de saúde direcionadas à essa população que possui tantas particularidades e complexidades.

Palavras-Chaves: Estratégia Saúde da Família. Cuidado em Saúde. Pessoa em Situação de Rua.

ABSTRACT

The research aimed to understand how to take care of the Family Health Strategy from the perception of professionals of the Family Health Strategy team as well as the homeless person. The study of homeless people allows a series of reflections on the positioning of the components of this group in today's society and, consequently, on the relationship of these subjects with the rest of the population. It is evident, however, the condition of poverty in which they live and the discriminatory treatment they receive from the public authorities and most of the city's inhabitants. The study is characterized by the descriptive exploratory nature, with qualitative approach. Participated in the survey: professionals from CSF Tamarindo and the homeless who are being accompanied by the POP Center, with broken family ties and no regular conventional housing. By approaching the professionals and the homeless population we can perceive the look on health care, with regard to health policies directed to this population that has so many particularities and complexities.

Key Words: Family Health Strategy. Health Care. Street Situation.

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIDS - Síndrome da imunodeficiência adquirida

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

Centro Pop - Centro de Referência Especializada para População em Situação de Rua

CnaR - Consultório na Rua

CSF - Centro de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

HIV – Vírus da imunodeficiência humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PS – Profissional de Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

PSR - População em situação de rua

RAISM - Rede de Atenção Integral em Saúde Mental

SEURB - Secretaria de Conservação e Manutenção Urbana

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	12
2 - OBJETIVOS	15
Objetivos.....	15
Objetivos Específico	15
3 - CIDADES.....	16
3.1 A cidade de Sobral.....	18
4 - POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E SUA CONTEXTUALIZAÇÃO..	23
4.1 Contextualização.....	23
4.1.1 A Exclusão	24
4.1.2 Pobreza X Exclusão	26
4.1.3 Estigmatização	30
5 - SAÚDE E A PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA	35
5.1 Saúde Pública no Brasil	35
5.2 Programa Saúde da Família	36
5.3 Políticas de Saúde da População em Situação de Rua	39
5.4 Perfil da População em Situação de Rua em Sobral – CE.....	40
6 - CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA	42
6.1 Caracterização da pesquisa	42
6.2 Cenário	44
6.3 Público	44
7 - RESULTADOS E DISCUSSÕES	45
7.1 A organização no centro de saúde da família.....	45
7.2 O acolhimento a pessoa em situação de rua	48
7.3 Medo, estigma e preconceito: o cuidado da PSR na ESF	51
7.4 O autocuidado da pessoa em situação de rua	53
8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
APENDICE A -	63
ROTEIRO 1 - PROFISSIONAIS DO CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA	63

APÊNDICE B - ROTEIRO 2 – PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA	64
APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE LEVANTAMENTO DOS USUÁRIOS ATENDIDOS PELO CENTRO POP DE SOBRAL-CE.	65
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..	66
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO.....	67
ANEXO A.....	68
ANEXO B.....	70

1 - INTRODUÇÃO

O encontro com meu objeto de estudo se deu mediante participação no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental como preceptor de campo em uma equipe de residentes no ano de 2014. Com a imersão na Rede de Atenção Integral em Saúde Mental (RAISM) do município de Sobral-CE, nos serviços e nas atividades, pude desenvolver habilidades, competências e um olhar crítico em torno da Saúde Mental, em especial a abordagem à pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas, tendo como foco a Política de Redução de Danos em seus diversos âmbitos.

A aproximação com as pessoas em situação de rua se deu por meio de ações intersetoriais, onde tive a oportunidade de me aproximar do Centro Pop (Centro de Referência Especializada para População em Situação de Rua), do município de Sobral-Ceará, no ano de 2015. Essa imersão me permitiu ter um contato direto com a equipe e com esse público, com suas histórias de vida; dificuldades encontradas ao longo da situação de rua bem como os obstáculos encontrados ao acessarem os serviços de saúde em decorrência do preconceito e estigma; relatos de uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outros aspectos.

Existe, no Brasil, número significativo e crescente de pessoas em situação de rua, com variados modos de vida e de relações com e na rua. Essa realidade desvela desafios estruturais de garantia de cidadania dessa população em um contexto de invisibilidade social.

Esse grupo é caracterizado como uma população heterogênea composta por pessoas com diferentes realidades, mas que têm em comum a condição de pobreza e de violência social. Homens, mulheres, jovens e até mesmo crianças se juntam a este grupo populacional que, com as contingências de suas existências, seja pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, falta de emprego, rompimento com laços afetivos familiares, violência de todas as formas, perdas importantes e muitos outros motivos, passam a ter a rua como espaço de moradia e existência (TONDIN, 2013).

Em investigação multicêntrica intitulada "Pesquisa nacional sobre população em situação de rua", realizada em 71 municípios brasileiros pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), no ano de 2008, estimou-se em 31.922 o número de adultos nessa situação. Em Curitiba, foram identificadas 2.776 pessoas em situação de rua. Das entrevistas, 55,4% foram realizadas em locais

caracterizados como rua (calçadas, praças, parques, viadutos, etc.) e 44,6%, nas instituições sociais (BRASIL, 2008).

Pessoas em situação de rua, geralmente, não usufruem de políticas públicas e não acessam sistemas de saúde (RAOULT, 2012; CASSONE, 2012; LOPES, 2014). Nesse sentido, o Centro de Saúde da Família (CSF), integrante da Atenção Básica da Rede de Atenção Psicossocial, fundamentado nas diretrizes definidas na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), busca atuar nos diferentes problemas e necessidades em saúde da população. Conforme essa legislação, o poder público municipal passou a ser responsável por manter serviços e programas de atenção à população de rua, garantindo padrões básicos de dignidade e não violência, bem como a concretização dos direitos de cidadania a esse segmento social.

Sobral conta com três CSF de referência para atender a população em situação de rua acompanhadas pelo Centro POP que são os CSF do Centro, CSF Estação e CSF Tamarindo. Quando necessário, desenvolvem ações integradas com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com as necessidades dos usuários. O CSF é a porta de entrada aos serviços de saúde, propiciando atenção integral e longitudinal, coordenando o cuidado e prestando atenção à saúde da população em situação de rua.

Atualmente a população de rua é uma problemática social, requer do Estado intervenções que levem em conta como ela se constitui e as formas de sobrevivência ali desenvolvidas. Conhecer os que vivem nas ruas, identificar suas necessidades sociais e a complexidade de seu processo saúde/doença, assim como os motivos que os levaram às ruas é condição *sine qua non* para a construção de um modelo de atenção universal, equânime e integral. (BOTTIL NCL, CAROLINA GC, MÔNICA F, ANA KS, LUDMILACO, ANA CHOAC, LEONARDO LKF. 2009)

A existência de pessoas em situação de rua representa as contradições gritantes de uma sociedade que tem a seguridade social como direito constitucional e que assegura saúde como direito de todos e dever do Estado.

Com isso tentaremos responder os seguintes questionamentos: Qual o perfil da pessoa em situação de rua do município de Sobral – CE? Quais políticas de saúde são desenvolvidas para essa população na ESF? Como é estruturado o cuidado à população em situação de rua no âmbito da estratégia saúde da família?

No primeiro capítulo vamos falar sobre a cidade e a história das pessoas, suas relações sociais, políticas, econômicas e religiosas. A existência ao longo do tempo é

determinada pela necessidade humana de se agregar, de se inter-relacionar, de se organizar em torno do bem-estar comum, a troca de bens e serviços, de criar cultura e arte. Para Max Weber (1987), uma cidade, para existir, implica que haja uma comunidade altamente organizada, o suficiente para adquirir certa autonomia.

No segundo capítulo contextualizamos a pessoa em situação de rua e trazemos uma série de reflexões sobre o posicionamento dos componentes deste grupo na sociedade atual e conseqüentemente, sobre o relacionamento de tais sujeitos com o restante da população. Discutir a condição de pobreza em que vivem e o tratamento discriminatório que recebem por parte do poder público e da maioria dos habitantes da cidade.

No terceiro capítulo iremos discutir a saúde da população em situação de rua, iremos tratar sobre as políticas sociais existentes no Brasil em um certo período, os avanços alcançados após a 8^o Conferência de Saúde, e da não garantia de direitos à saúde de uma maneira equânime e integral por toda a população brasileira, em parte como consequência de especificidades apresentadas por determinados grupos populacionais, dentre esses grupos, destaca-se a população em situação de rua.

No quarto capítulo trazemos o desenho metodológico do estudo, onde apresentamos os participantes da pesquisa, que trata-se de trabalhadores do Centro de Saúde da Família e as pessoas em situação de rua da cidade de Sobral, os cenários da pesquisa foram o CSF e o Centro POP, e a metodologia que utilizamos para analisar os dados foi a análise temática de Minayo.

Por fim discutiremos as quatro categorias temáticas do estudo: A organização no centro de saúde da família, o acolhimento a pessoa em situação de rua, o vínculo como um desafio e o autocuidado da pessoa em situação de rua. Onde percebemos as dificuldades das equipes em realizar o cuidado das Pessoas em Situação de Rua, a não percepção das resistências existentes nas relações entre os profissionais de saúde e o público que vive nas ruas e o autocuidado que os moradores de rua tem como estratégia de saúde.

2 - OBJETIVOS

Objetivos

Compreender como se dá o cuidado da População em Situação de Rua na Estratégia Saúde da Família.

Objetivos Específicos

- Traçar o perfil da pessoa em situação de rua acompanhado pela Estratégia Saúde da Família do Município de Sobral-CE;
- Identificar os fluxos de atenção à saúde ofertados pelas equipes de saúde da família;
- Compreender o cuidado às Pessoas em Situação de Rua pela Estratégia Saúde da Família de Sobral.

3 - CIDADES.

A cidade é desvendada por meio dos objetos e formas urbanas e pelo modo de vida das pessoas e suas relações entre si e com os objetos. Suas ruas, vielas, diversidade de serviços, atividades comerciais, cores, cheiros e significados em coexistência com as pessoas e suas demandas, aparecem como ponto de partida para a compreensão de um fenômeno que se apresenta entre a vulnerabilidade social e a resistência corporal materializada nos moradores em situação de rua.

Evidencia mesmo a partir de análises mais casuais, que a cidade moderna é capaz de agregar e desempenhar uma série de funções. Lojas, shoppings, estabelecimentos reservados ao lazer como teatros, comprovam um papel da prestação de serviços; oficinas e fábricas destacam a importância da atividade de montagem e manufatura, enquanto os edifícios públicos e escritórios fornecem evidência visual das responsabilidades administrativas e gerenciais (CLARK, 1991). Atualmente presentes em muitas cidades, essas funções urbanas desenvolveram-se em diferentes épocas do passado e variam em sua importância contemporânea. Por exemplo, a economia pré-industrial estava orientada para servir as necessidades de agricultura, de modo que as localidades preferidas para o povoamento eram aqueles lugares que combinavam segurança e acessibilidade aos mercados mais amplos (CLARK, 1991).

O surgimento da cidade resulta em um processo de paralização e seu aparecimento delimita uma nova relação homem/natureza: para fixar-se em um ponto para plantar é preciso garantir o domínio permanente de um território. Interliga à natureza da cidade, está a organização social e conseqüentemente a necessidade de gestão da produção coletiva e indissociável à existência material da cidade está sua existência política (ROLNIK, 1988). A cidade então aparece como centro e expressão de domínio sobre um território, sede do poder e da administração, lugar da produção de mitos e símbolos, estando essas características também presentes nas metrópoles contemporâneas (ROLNIK, 1988).

É percebido nitidamente, com o desenvolvimento do comércio e conseqüentemente das cidades e das populações urbanas, uma mudança de valores. A terra passa a dividir com o comércio o papel de fontes de riquezas. O comércio começa a se impor e a organizar um espaço compatível com seus valores e modo de vida.

Segundo Rolnik (1988) a cidade é sempre uma organização dinâmica, de alto poder concentracional, que cria, no entanto, a cada momento, uma produção espacial que lhe seja peculiar. A cidade vai ganhando expressão à medida que nela vai se desenvolvendo a manufatura e para ela vai convergindo a grande massa de trabalhadores expulsos do campo. Essa massa de trabalhadores possui um duplo sentido. Para o modo de produção nascente vão fornecer mão de obra barata trabalhando nas manufaturas; ao tornarem-se assalariados, permitem a criação de um mercado interno (ROLNIK, 1988)

A cidade é compreendida como uma grande organização edificada para atender as demandas dos que nela habitam ou chegam. É formada por instituições e formações políticas, econômicas e sociais que determinarão quais formas assumirão, assim como influenciará na produção espacial ali percebida. Nela se manifesta uma miríade de fenômenos diferentes e igualmente complexos que podem variar a partir das limitações morfológicas existentes em seu sítio urbano até a forma como lhes são impostas suas construções.

Aos que chegam para visitar, ela mostra a face sedutora, que convida ao turismo e à descoberta, mas ao mesmo tempo pode apresentar um aspecto atemorizante, uma entrada em um universo desconhecido no qual cada esquina representa um desafio a ser vencido, um perigo iminente. As mudanças, mesmo que pequenas, acompanham o ritmo próprio do envelhecer, com a diferença que o tempo da cidade é outro, por vezes mais lento, outras mais rápido que aquele do homem, onde o seu pertencer à cidade, também ocorre de formas distintas.

Os habitantes das cidades desenvolvem rotinas de reconhecimento e pertencimento aos lugares, contribuem ou contestam a mudança da paisagem urbana. O território das cidades lhes pertence na medida em que, mesmo sem ser percebida, constroem ali suas vidas, estabelecem as mais diversas relações e atividades. Vivem, morrem, partem e por vezes, voltam para aquele local. A forma como se organizam as relações nas cidades formam os mais diversos murais, em que cenas urbanas constituem momentos de vida e de morte, às vezes reveladas, outras vezes ocultas, perceptíveis apenas aos transeuntes que compõem o cenário.

A cidade é apropriada cada vez mais pelas regras do consumo. Os que não possuem meios para consumir bens e serviços são afastados dos lugares, pois não têm porque estarem ali, já que o consumo passa a ser a razão da existência do espaço, em detrimento de outros valores. O ato de consumir transforma-se

em um exercício de inserção social. Assim a cidade é preparada cada vez mais para vender, em cada esquina surge um apelo de venda, aos locais se atribuem valores, não mais aqueles de uso, mas aqueles do status. Frequentar um determinado espaço na cidade revela-se um sinônimo de poder de consumo.

Já é bem conhecido o duplo caráter da centralidade capitalista: lugar de consumo e consumo de lugar. [...]. Nesses lugares privilegiados, o consumidor também vem consumir o espaço; o aglomerado dos objetos nas lojas, vitrinas, mostras, torna-se razão e pretexto para reunião de pessoas; elas veem, olham, falam, falam-se. E é o lugar do encontro, a partir do aglomerado das coisas. Aquilo que se diz e se escreve é antes de mais nada o mundo da mercadoria, a linguagem das mercadorias, a glória e a extensão do valor de troca. Este tende a reabsorver o valor de uso na troca e no valor de troca. No entanto, o uso e o valor de uso resistem obstinadamente: irredutivelmente (LEFEBVRE, 2001, p. 130 e 131).

Há um envolvimento direto da cidade nos processos existenciais das pessoas que ela abriga e sustenta. Ela representa o lugar da coexistência e da liberdade, é ao mesmo tempo, o lugar da vigilância, da disciplina, das normas e da exclusão, cabe a ela a função de abrigo, da vizinhança, dos vínculos, do fato cultural e histórico, espaço do sujeito em toda sua plenitude, imaginação, corpo e alma.

A cidade de Sobral, como as demais cidades brasileiras, não foge muito ao padrão de urbanização, com grandes desafios para a efetividade do controle, ordenamento do uso e ocupação do solo e com dificuldades para assegurar a prestação de serviços públicos a um conjunto considerável de seus habitantes, sobretudo os mais pobres.

Nesse contexto em uma condição de absoluta instabilidade financeira, vulnerabilidades morais, emocionais e simbólicas, aparecem as pessoas em situação de rua como retrato escancarado da fragilidade e complexidade organizacional inerente as grandes cidades como é o caso de Sobral, receptora do fenômeno estudado neste trabalho.

3.1 A cidade de Sobral

A cidade de Sobral se origina ao início do século XVIII, quando fugitivos de invasores estrangeiros do litoral do Nordeste se embrenharam pelo interior cearense, instalando-se às margens dos rios Jaguaribe e Acaraú. Por volta de 1728, Antônio Rodrigues Magalhães, nascido no Rio Grande do Norte instalou, na região, a Fazenda Caiçara, considerada berço do município. Surgiu daí o núcleo original de Sobral em torno

da fazenda e da pecuária, que se expandiu a partir de 1756, quando Rodrigues Magalhães cedeu terras da fazenda para a construção da matriz de Nossa Sra. da Conceição (IPHAN, 2014).

A cidade de Sobral foi fundada em 1757. O povoado foi elevado à categoria de Vila Distinta e Real de Sobral em 1773. As excelentes condições de clima e a fertilidade do solo contribuíram para que se desenvolvesse no local um povoado que se tornou o mais populoso dentre os seus vizinhos. Logo se tornou um centro intermediador dos produtos agrícolas da Serra da Meruoca e da Serra Grande para todo o Ceará e o Piauí, a partir da segunda metade do século XVIII. Se tornando vila com a denominação de Sobral, em 1773, segundo outra fonte a vila foi criada por carta régia em 1766. Sobral teve participação destacada em fatos importantes da história do Brasil, como Confederação do Equador, em 1825. Recebeu foros de cidade em 1841 (IPHAN, 2014).

Localizada na região Norte do Ceará, a 235 quilômetros de Fortaleza, a cidade se apresenta como o mais significativo referencial de crescimento e desenvolvimento econômico do interior do Estado, constituindo-se num centro de convergência, por sua ampla e moderna estrutura nos setores da saúde, educação, comércio, indústria, serviços, lazer, cultura e arte. O município ocupa uma área de 2.129 quilômetros quadrados, tem uma população, estimada pelo IBGE, em julho de 2006, de 175.814 habitantes, e está a uma altitude de 70 metros acima do nível do mar. O clima é quente e seco, com uma temperatura média de 30 graus centígrados (SOBRAL, 2019).

Encontra-se no rol das cidades que mais se desenvolveram no Brasil, nos últimos 10 anos, e também uma das 30 melhores para se morar. O seu cenário natural é constituído pelo rio Acaraú e a Serra da Meruoca, faz limite ao norte com os municípios de Massapê, Santana do Acaraú e Meruoca, a sul com Santa Quitéria, Groaíras e Cariré, a leste com Itapipoca, Irauçuba e Canindé, e a oeste com os municípios de Coreaú, Mucambo e Alcântara.

A cidade de Sobral vem experimentando um forte processo de modernização em sua estrutura econômica. Há 50 anos, a cidade era o mais importante polo comercial do norte do Estado. Na segunda metade do século XIX o desenvolvimento de Sobral chegou a superar o de Fortaleza. O progresso da cidade se firmou a partir da instalação de indústrias e de um vigoroso sistema educacional e de prestação de serviços de saúde.

Castells (2000) destaca que a indústria provocou e provoca até os dias atuais a urbanização da cidade, ademais a indústria também fomenta um processo inverso, pois agrega a especialização e a utilização dos fatores de produção,

principalmente do fator de produção e mão de obra. Nestes dois casos o elemento dominante para a urbanização da cidade e para a organização da paisagem urbana é a alocação da indústria. Nos casos em que a indústria participou como entidade inserida no processo histórico de desenvolvimento da cidade, como pode ter acontecido em Sobral, percebe-se que a existência da indústria também provocou a organização – ou reorganização – da paisagem urbana, ou seja, provocou o próprio movimento de urbanização.

O processo histórico de crescimento das cidades brasileiras tem levado à configurações de um quadro de extremas desigualdades sociais e concentração de renda, tendo como resultado um cenário urbano de intensa segregação espacial. Esta segregação se traduz em termos físicos pelos fortes contrastes entre o que se pode considerar áreas com boa oferta de infraestrutura, reguladas pelo mercado imobiliário e normalmente atendendo a legislação urbanística no que diz respeito às condições de edificação e ao uso do solo – e, por outro lado, pela cidade caracterizada pela implantação de loteamentos irregulares e clandestinos, bem como invasões de áreas públicas e privadas e por aqueles que diante do desamparo conjuntural moram nas ruas, locais ocupados pela população de baixa renda em decorrência da impossibilidade de acesso ao mercado imobiliário por esta parcela da população e da pouca efetividade das políticas habitacionais de interesse social.

O resultado atual do processo de produção do espaço urbano é a desigualdade. Segundo Gottidiener (1993), esta desigualdade é o produto final dos processos atuais de crescimento econômico e a sua manifestação no espaço se traduz na geração de favelas, pobreza, desemprego e crise ambiental. Paralelamente, produz-se o surgimento de áreas exclusivas reservadas aos grupos de maior poder aquisitivo, que contrastam fortemente das associadas aos grupos pobres.

Assim, a segregação da população de acordo com seus níveis socioeconômicos surge. Para Castells (1972) a segregação é um efeito da distribuição do produto entre pessoas e da distribuição do produto – habitação no espaço, elementos que obedecem a estratégia de reprodução da força do trabalho, em articulação com o conjunto de instâncias da estrutura social.

Sobral como uma grande cidade, também reproduz a lógica do mercado imobiliário e mesmo preservando a imagem de cidade antiga, sobrados com três ou quatro águas, com motivos greco-romanos, igrejas remanescentes,

imagens associadas a ela todo o panorama da cidade e de seus bairros, onde também se encontram lugares marcados pela precariedade, pela pobreza e pela escassez de serviços básicos ligados a alimentação, moradia, saúde, educação, entre outros. Ao reproduzir diferenças econômicas, étnicas, sociais ou culturais segue uma tendência das cidades contemporâneas.

Conforme assinala Lefebvre (1999), a segregação destrói o urbano, já que ele é resultado da complexidade social. Esta complexidade se fundamenta na diferença, que dá a possibilidade a cada lugar de informar aos outros. Contrária a esta dinâmica, a segregação corta a informação e conduz a uniformidade, ou seja, impede a convivência entre os diferentes grupos sociais e entre as distintas áreas da cidade.

A cidade do Sobral não para de crescer em números populacionais absolutos, a organizar seu espaço regional e a especializar funções como a industrial, comercial e administrativa que desenharia dia após dia uma paisagem urbana rica em seu legado histórico, cultural e simbólico, assim como cheia de limitações econômicas e contradições sociais e espaciais que materializam-se imbricadas uma na outra.

Segundo CASTELLS (2000, p.40) entende-se por urbano: “uma forma especial de ocupação do espaço por uma população, a saber, o aglomerado resultante de uma forte concentração e de uma densidade relativamente alta, tendo como correlato previsível uma diferenciação funcional e social maior”.

A cidade de Sobral é uma cidade com contrastes nos tocantes econômicos, culturais e sociais: uma forte expansão imobiliária. O centro comercial moderno se implanta em várias partes da cidade. A prioridade dada aos automóveis nas avenidas começa a chegar a seu limite, com engarrafamentos nos horários de pico, não tendo transporte público o suficiente para atender as necessidades da população, ainda apresenta problemas com a coleta de lixo, enchentes, segurança pública e um déficit habitacional que entre outros fatores contribui para o aumento e agravamento dos problemas sociais e das más condições de sobrevivência de grande parte da sua população.

Na rua a vergonha da desordem não é mais nossa, mas do Estado. Limpamos ritualmente a casa e sujamos a rua sem cerimônia ou pejo... Não somos efetivamente capazes de projetar a casa na rua de modo sistemático e coerente, a não ser quando recriamos no espaço público o mesmo ambiente caseiro e familiar. (DAMATTA, 1997)

A rua aparece, nesse sentido, como um espaço de relações sociais e simbólicas, as quais não se reduzem a um significado puramente pragmático de resposta a fins específicos (trabalho, dormitório etc) ou respondem puramente às necessidades básicas de vida. “Estar” na rua não é apenas uma estratégia de sobrevivência ou moradia, mas um modo específico de se constituir a existência, mediado por sentidos sobre a habitação e pelas tramas de relações que a circunscrevem (SCHUCH, 2012).

O espaço da rua aparece, então, como um “lugar praticado” (DE CERTEAU, 1984), um lugar existencial e simbólico, mais do que simplesmente geometricamente instituído ou definido como a priori um lugar da “falta”. Para falar dessa dimensão simbólica e de produção de relações sociais a partir da rua, Kasper (2006) propõe a atenção aos “processos de habitar a rua”, entendendo-se por isso as dinâmicas de “apropriação”, “instalação” e “incorporação” que recortam modos de inserção urbana particulares e constroem o lugar habitado como um território. “Apropriar-se” de alguma coisa, diz o autor, está longe de ser simplesmente tomar como propriedade, é colocar nela sua marca, modelá-la. Em sentido próximo, “instalar-se” pode ser definido como a prática que visa fazer corresponder um espaço que se pretende ocupar às práticas cotidianas, envolvendo os sentidos de adaptação e adequação. A “incorporação” diz respeito às dinâmicas de relacionamento do corpo com o meio ambiente, práticas de incorporação do ambiente (Kasper, 2006:26).

Ao se aproximar do sujeito que vive em situação de rua compreendemos como é sua relação com a cidade, os espaços urbanos, as ruas, as vielas, os prédios, o silêncio da noite no centro da cidade e sua organização espacial e com isso nos faz despertar um outro olhar para essa realidade.

4 - POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E SUA CONTEXTUALIZAÇÃO.

4.1 Contextualização

O surgimento do que se designou “população em situação de rua”, nos remonta ao período da Revolução Industrial e às mudanças provenientes desse modo de vida advindo de tais revoluções. Assim, embora haja uma correlação entre o surgimento da sociedade capitalista moderna e a dispersão do fenômeno da população em situação de rua de forma ampla, pode-se perceber que a existência de pessoas em situação de rua não é restrita a esse fenômeno. Observa-se então, que desde a antiguidade já havia pessoas vivendo nas ruas, de forma interligada ao espaço urbano, embora não se pudesse considerá-las como parte de um segmento social mais amplo, já que esparsas.

Assim pontua Melo (2011, p.13):

Segundo Stoffels seu aparecimento na Grécia antiga se desenvolve a partir da decomposição da sociedade arcaica e com as características que a seguem, tal como a consolidação da propriedade privada, estabelecimento da escravidão, das cidades e Estados, o direito escrito, a economia monetária e a divisão do trabalho. De maneira semelhante, em Roma, a mendicância seria produto de despejos rurais provocados pela guerra, da dissolução de exércitos, extensão do regime escravocrata e da consolidação da propriedade privada. Com o passar do tempo se estabelece enquanto uma prática organizada e repleta de especificidades.

Verifica-se que quando as cidades tomaram força e passaram a representar o principal núcleo de convivência humana, decorreram diversas mudanças ocorridas na forma de vida em sociedade e como consequência desse novo modo de vida e de suas implicações econômicas e sociais, passou a existir, em diferentes momentos da história, registros de pessoas fazendo das ruas seu espaço de moradia.

O estudo de pessoas em situação de rua permite uma série de reflexões sobre o posicionamento dos componentes deste grupo na sociedade atual e consequentemente, sobre o relacionamento de tais sujeitos com o restante da população. É evidente, porém, a condição de pobreza em que vivem e o tratamento discriminatório que recebem por parte do poder público e da maioria dos habitantes da cidade.

Se tem poucos estudos que abordem a temática da população e situação de rua. Somente no ano de 2009, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) publicou os resultados do I Censo e Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua no qual foi registrado, entre 2007 e 2008, um total de 31.922 pessoas adultas em situação de rua nas 71 capitais e grandes cidades brasileiras pesquisadas;

número esse que poderia chegar a 50 mil pessoas caso as estatísticas anteriores de pesquisas já realizadas nas demais cidades brasileiras também houvessem sido contabilizadas (SPOSATI, 2009)

4.1.1 A Exclusão

O fenômeno da exclusão tem raízes históricas ancestrais na sociedade brasileira referentes tanto ao período da colonização, na qual a relação colonizadora – colonizado já trazia as marcas da discriminação, como ao processo de escravidão, ambos com a lógica de economia e de cidadania excludentes. A exclusão social no Brasil apresenta, pois, um caráter diferencial territorializado no “terceiro mundo” e presente num segmento social específico como é a pobreza. “O padrão, estatuto e extensão dessa desigualdade é uma construção social e histórica, como também o é a noção de cidadania” (SPOSATI, 1999, p. 3). As pessoas em situação de rua se constituem como a expressão máxima desse processo de exclusão social.

O conceito de exclusão social a partir do pensamento de Arendt (2007) e de Castel (1991), a saber, enquanto processos de vulnerabilidade, fragilização, ruptura dos vínculos sociais nas dimensões econômica e sociofamiliar, da cidadania, das representações sociais e da vida humana. E o conceito de representação social como sendo conteúdos de pensamento que traduzem a realidade e são por ela traduzidos (MOSCOVICI, 2003). Trata-se de “conhecimento socialmente compartilhado e utilizado como suporte para a construção de identidades pessoais” (MATTOS & FERREIRA 2004, p. 47). Na trajetória de exclusão social de pessoas adultas em situação de rua, existe uma multiplicidade de fenômenos que não se reduz à ausência de moradia, mas abrange também trajetórias de vulnerabilidade e fragilização dos laços familiares, das redes de integração primária e do mundo do trabalho (ESCOREL, 2009; ESMERALDO, 2010; MOURA JR., 2012; WARANDA, 2009). De acordo com os dados da pesquisa realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social — MDS (2009), os principais motivos que levaram as pessoas entrevistadas à situação de rua foram: problemas de alcoolismo e/ou drogas (35.5%); desemprego (29.8%) e conflitos familiares (29.1%), com um total de 71.3% dos entrevistados que citaram pelo menos um desses três motivos.

No processo de exclusão social pela via do trabalho, a vulnerabilidade econômica das famílias pobres pode conduzir os seus membros a vivenciarem uma “experiência de limiidade” entre a pobreza e a miséria. No caso dos homens chefes de família, o desemprego pode significar a perda da autoridade sobre a família, o que poderá

desembocar no alcoolismo e abandono do lar. Daí que as pesquisas revelam que a população de rua na realidade brasileira, em sua maioria, está constituída por homens sós em idade produtiva que vivem na transitoriedade do espaço da rua, em suas atividades diárias em busca da sobrevivência (SCOREL, 1999; EMERALDO, 2010; MDS, 2009; MOURA JR., 2012).

O ingresso no mundo do trabalho confere um valor social, construído historicamente, que reproduz coletivamente o imaginário de valorização moral do trabalhador. No caso de pessoas em situação de rua, o estatuto do trabalhador lhe é negado, dada as características de irregularidade, informalidade, não qualificação e ausência de remuneração das atividades desenvolvidas nas ruas. Marginalizados do mundo do trabalho, as pessoas em situação de rua têm sua identidade pessoal e coletiva fragilizada (SCOREL, 1999; EMERALDO, 2010; MDS, 2009; MOURA JR., 2012).

No processo de desvinculação sociofamiliar e com o mundo do trabalho, o uso abusivo de álcool e outras drogas também se faz presente, seja como causa e/ou consequência da desvinculação familiar e/ou laboral, e da vida na rua. “Considerando que a desvinculação no eixo sócio familiar é um processo de fragilização que pode converter-se em isolamento e vazio social, o álcool é uma forma de preencher esse vazio ou, melhor, uma maneira de sequestrar senti-lo” (SCOREL, 1999, p. 167). Como agravante tem-se que o uso abusivo de álcool e de substâncias psicoativas intensifica o adoecimento dessa população e são presentes sintomas como dificuldades para dormir, alimentar-se e seguir com regularidade os tratamentos de saúde (SCOREL, 2009; EMERALDO, 2010; WARANDA, 2009). Outros estudos como o de Waranda (2009) destacam que nas relações com as instituições públicas de apoio a esse segmento populacional, o uso dessas substâncias apresenta-se como estigmas de culpabilidade e penalização de sua condição de rua, o que resulta na produção da identidade social do “encharcador”, ou seja, malandro, bêbado, que desqualifica essas pessoas e orienta a forma de tratá-las.

Assim, a vulnerabilidade econômica acrescida às demais vulnerabilidades – habitacional, afetiva, questões étnico-raciais, de gênero, à violência e à discriminação, dentre outras – resultam numa sociabilidade excluída, que opera nas representações da sociedade brasileira sobre a pobreza (BURSZTYN & ARAÚJO, 1997); esta, por sua vez, é definida como um estado de privação de liberdade em todos os âmbitos da vida (SEN, 2000). Considerando que a maioria das pessoas em situação de rua vem da classe de trabalhadores pobres, as representações sociais que os permeiam são de malandros, preguiçosos, mendigos, perigosos, vagabundos, sujos, coitados etc. (SCOREL, 1999;

MATTOS & FERREIRA, 2004; WARANDA, 2009). São considerados culpados pela situação em que vivem, o que gera uma identidade de humilhação e de vergonha (MOURA JR., 2012).

A partir disto, refletir sobre a condição dos moradores de rua como sujeitos excluídos aparece como um ângulo coerente para a discussão aqui proposta. Entretanto, a relutância encontrada em alguns autores – como Bader Sawaia (2006a) – que consideram o termo exclusão como deveras vago, ou então alegam que é um conceito estático, que não contempla certas transformações sociais – como Robert Castel (2005) – resultou na adoção, no presente estudo, de outras concepções que proporcionem o entendimento das representações existentes sobre quem vive na rua. Assim sendo, esse estudo refere-se à exclusão de acordo com Sawaia (2006a), que, apesar das críticas que realiza, propõe a utilização do termo para designar processos de descompromisso político com o sofrimento do outro:

Em síntese, a exclusão é processo complexo e multifacetado, uma configuração de dimensões materiais, políticas, relacionais e subjetivas. É processo sutil e dialético, pois só existe em relação à inclusão como parte constitutiva dela. Não é uma coisa ou um estado, é processo que envolve o homem por inteiro e suas relações com os outros. Não tem uma única forma e não é uma falha do sistema, devendo ser combatida como algo que perturba a ordem social, ao contrário, é produto do funcionamento do sistema (SAWAIA, 2006a, p. 9).

Ao perceber a exclusão como sofrimento, a autora busca recuperar o indivíduo, mas sem perder o coletivo, já que as análises sobre as desigualdades por vezes se focam apenas nos aspectos econômicos e políticos. Ao falar sobre o sofrimento, supera-se a concepção de que a única preocupação do pobre é a sobrevivência, não havendo sentido em discutir sobre seus sentimentos enquanto assola a fome. Desta forma, objetiva-se colocar no centro das pesquisas o sujeito, suas relações e sua humanidade.

4.1.2 Pobreza X Exclusão

É preciso deixar claro que, embora estejam articuladas, pobreza e exclusão não são sinônimos. Ao refletir sobre a situação de quem vive nas ruas, este trabalho não se refere apenas à sua situação de miserabilidade. Segundo Sposatti (1996 apud WANDERLEY, 2006), a exclusão não é um processo individual, mas de uma lógica presente em várias formas das relações econômicas, políticas, sociais e culturais no Brasil. É uma situação de privação coletiva, que, além da pobreza, refere-se à discriminação, não-equidade, não representação pública, subalternidade.

Esse estudo utilizará conceitos de diversos autores, aproximando-os através da ideia de não-semelhança e desumanização, acarretadas por diferentes processos de diferenciação dos sujeitos sociais. Reflete-se sobre as pessoas em situação de rua a partir de noções de Zygmunt Bauman (2005), Erving Goffman (1988), Norbert Elias (2000), Lóïc Wacquant (2001; 2008), Marcel Bursztyn (2003) e Cristovam Buarque (2003), e ainda sob o olhar de outros pensadores que se dedicaram ao estudo dos grupos e indivíduos inferiorizados na sociedade. Embora não utilizem o mesmo conceito, os teóricos fazem referências a situações em que determinadas pessoas são discriminadas e têm suas vidas prejudicadas por serem tomadas como menos valiosas ou menos humanas. Certas pessoas não conseguem enxergar este outro excluído como sendo um ser humano semelhante a elas. Assim, pode-se encontrar olhares e atitudes sobre o próximo que resultam em processos de dessemelhança ou de desumanização: é partir destas duas ideias que o presente trabalho aborda a questão dos moradores de rua, perpassando por várias concepções que corroboram tal posição.

Busca-se em Bursztyn (2003) e Buarque (2003) uma melhor compreensão do que aqui é entendido como dessemelhança. Para os autores, essa situação se dá quando, por algum motivo, indivíduos parecem ser desnecessários à sociedade e são rompidos os laços de solidariedade dos outros em relação a eles, bem como os laços de pertencimento a uma mesma espécie. São estes os laços responsáveis pela identificação entre os seres humanos. Quando eles são inexistentes, não há um reconhecimento de que o outro seja semelhante. Para Buarque (2003), é o sentimento de diferença que permite a um grupo não sentir responsabilidade ou culpa diante da desigualdade. A diferenciação entre os seres humanos leva à percepção da pobreza como algo desagradável e que deve ser evitado. A situação de exclusão e marginalização precisa ser eliminada para dar fim ao incômodo sentido pelos não-excluídos, e não para acabar com o sentimento de degradação social causado aos pobres. No Brasil, forma-se uma ética e uma cultura que toleram a exclusão, a miséria, a separação de classes e a consolidação de privilégios. Assim, as elites constroem uma representação de que, por suas roupas, pela linguagem, pela cultura e educação, são mais semelhantes a um europeu do que a um brasileiro pobre – e os excluídos transformam-se em ameaças (BUARQUE, 2003). É o caso dos moradores de rua, uma nova categoria social que é considerada inútil e perigosa e que, por isto, é passível até mesmo de eliminação física (BURSZTYN, 2003).

Pode-se pensar que a dessemelhança leva a população de rua a ser também publicamente invisível. Como coloca Fernando Braga da Costa (2004), a invisibilidade pública faz com que um sujeito desapareça subjetivamente no meio dos outros e seja socialmente humilhado, pois não lhe é possível dialogar com as pessoas pertencentes a outros grupos sociais. Esta invisibilidade, segundo o autor, o exclui politicamente da participação na sociedade e modifica seus relacionamentos e sua percepção de si mesmo.

No mesmo sentido, ao definir o que chama de novos excluídos, Elimar Pinheiro do Nascimento (2003, p. 60-61) afirma que

O conceito sociológico [de exclusão social] refere-se sempre a um processo social de não-reconhecimento do outro ou de pura rejeição. Trata-se de uma representação que tem dificuldades de reconhecer no outro direito que lhe são próprios, como se representando e representado não fossem semelhantes.

Conforme o autor, os grupos sociais que compõem a categoria de novos excluídos – moradores de rua e indígenas entre eles – não enfrentam apenas uma negação de certos direitos, sendo-lhes recusado até mesmo o direito de ter direitos. Ao não serem reconhecidos como semelhantes, transformam-se em objeto de extermínio (NASCIMENTO, 2003): como exemplos, cita-se a chacina da Candelária, ocorrida em 1993, em que oito crianças e adolescentes que viviam nas ruas do Rio de Janeiro foram assassinados por policiais. Em 2004, sete moradores de rua foram mortos a pauladas em São Paulo, na Praça da Sé, também com participação da polícia. Em maio de 2008, três moradores de rua foram assassinados em Vitória, no Espírito Santo – tal fato foi considerado pela polícia e pela imprensa como uma tentativa de “limpeza urbana”, mas a autoria das mortes não foi apurada (BRASIL, 2009).

Os novos excluídos são aqueles que não têm trabalho ou capacidade de gerar renda e que também não apresentam as características exigidas para o ingresso no mercado formal de trabalho. Estes grupos sociais se tornam, primeiramente, economicamente desnecessários, pois não possuem função produtiva ou ocupam lugares marginais no processo de produção – ao mesmo tempo em que são privados da posição de consumidores, visto que não têm condições financeiras para tal. Assim, são vistos como onerosos para os governos e para os demais cidadãos. Para Nascimento (2003), a exclusão destes grupos do mercado de trabalho resulta na modificação das representações sociais existentes sobre eles. Conquanto já fossem alvos de discriminação social, passam a ser

considerados também amedrontantes: são potencialmente bandidos, provavelmente perigosos.

O autor coloca que a exclusão social também tem sido pensada como privação da cidadania: seria a inserção no mundo do trabalho formal que permitiria ao sujeito participar do espaço cidadão. Nesse viés, os moradores de rua e todos aqueles que não estão adequados às regras do mercado de trabalho não fariam parte do conjunto de cidadãos. Os novos excluídos, portanto, seriam aqueles grupos economicamente desnecessários, politicamente incômodos e socialmente ameaçadores.

A desnecessidade de alguns sujeitos devido ao seu desemprego é abordada também por Bauman (2009), que aponta que algumas pessoas são “redundantes”, ou seja, extranumerárias, sem uso. Os redundantes são dispensados na sociedade, pois os outros não precisam deles – não há, portanto, qualquer motivo para sua existência. São refugos humanos, seres excedentes porque não servem como produtores e sua mão de obra não é vista como útil; e porque são consumidores falhos, com renda insuficiente para consumir. São tratados como parasitas, intrusos, indolentes, criminosos e são acusados de explorar o Estado por necessitarem de auxílio para sobreviver. Não há, conforme o sociólogo, lugar na sociedade para todo o refugio humano. Assim, ocorre uma reclassificação e aqueles que não conseguem participar do mercado de trabalho deixam de ser vistos como um problema social para se tornarem uma questão de lei e ordem, tendo sua situação criminalizada. A existência de pessoas redundantes não é concebida como um problema sistêmico, mas de competência individual.

Percebe-se, portanto, que para vários autores as situações de exclusão e de dessemelhança estão relacionadas à questão do trabalho, sendo este pensado não como uma relação técnica de produção, mas como um suporte de inscrição na estrutura social, como defende Robert Castel (2005). A falta de um emprego que garanta uma estabilidade financeira e estimule o consumo, resultando em um diferente estilo de vida, é um dos principais motivos que levam os moradores de rua a serem vistos como seres distintos, menos valiosos, menos humanos.

A partir das afirmações de Castel (2005), percebe-se que os que vivem na rua são enxergados como seres supranumerários – termo semelhante ao usado por Bauman –, inúteis e que sequer podem ser explorados, pois não possuem qualquer característica a ser convertida em valor social. Desvalorizados, não são considerados atores sociais por não fazerem nada de útil: não podem, portanto, existir socialmente, quando se concebe a existência como a ocupação de um lugar designado nas esferas sociais. Baseando-se no

autor, concebe-se que as pessoas em situação de rua são consideradas um problema justamente por não “existirem” socialmente, ao mesmo tempo em que estão presentes demais no cotidiano dos outros habitantes da cidade.

A conjuntura atual de precarização dos vínculos empregatícios e de aumento do desemprego demonstra que não há mais lugares ocupáveis na estrutura social que estejam atrelados a uma utilidade social e a um reconhecimento público. Aqueles que não encontram posição no processo produtivo tornam-se não-integrados e também não-integráveis. A inutilidade social contribui para a desqualificação dos moradores de rua também nos planos cívico e político, já que eles não conseguem influenciar mudanças ou mesmo mobilizar-se enquanto grupo. Eles são, portanto, desfiliaados, termo empregado por Castel (2005) para designar os sujeitos que romperam o sentimento de pertencimento à sociedade, bem como os laços que os uniam a uma coletividade.

4.1.3 Estigmatização

As pessoas em situação de rua também são, conforme o conceito de Goffman (1988), estigmatizados, pois possuem atributos distintivos que dificultam a interação com os outros indivíduos. Para o sociólogo canadense, a sociedade estabelece formas de categorizar as pessoas e define as características consideradas comuns para os membros de cada categoria. Quando um indivíduo apresenta peculiaridades que o afastam do que era esperado dele, não podendo ser enquadrado, deixa de ser um sujeito comum e total e torna-se alguém diminuído perante os outros. Ao apresentar alguma característica física ou determinado comportamento, a pessoa é estereotipada e suas relações ficam prejudicadas, pois os interlocutores não conseguem se fixar em outro atributo que não aquele que ocasionou a estigmatização. Assim, a atribuição de um estigma também resulta em um processo de dessemelhança:

Acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida. Construimos uma teoria do estigma, uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças [...] (GOFFMAN, 1988, p. 15).

Por não considerarem certos indivíduos completamente humanos, as pessoas que o autor chama de normais – que não possuem uma característica que os inferiorize – não aceitam os estigmatizados e não demonstram qualquer disponibilidade em se relacionar com eles como semelhantes. Aliando as dificuldades de relacionamento à tendência em

incorporar os padrões sociais estabelecidos, os estigmatizados tornam-se mais sensíveis ao olhar do outro e podem, por vezes, pensar que não correspondem às expectativas alheias e que realmente são inferiores ao que deveriam ser. Alguns se envergonham de sua condição e inclusive concebem seu atributo distintivo como algo impuro.

Goffman (1988) aponta que alguns grupos não são apenas estigmatizados, mas, como no caso dos moradores de rua, também são desviantes sociais: seres que não aderem às normas impostas pela sociedade. Alguns indivíduos voluntariamente recusam-se a aceitar determinados papéis e agem irregularmente em relação a algumas instituições como a família, a divisão de papéis conforme o gênero, o emprego estável e integral. Para o autor, são considerados os maiores desviantes aqueles que parecem engajados em uma negação coletiva da ordem social, incapazes de aproveitar as oportunidades que possibilitariam o progresso nos moldes aceitos moralmente. Ele elenca como desviantes sociais, além dos moradores de rua, as profissionais do sexo, os viciados em drogas, os homossexuais, os boêmios, os ciganos, os músicos de jazz, os criminosos, os delinquentes, os vagabundos, os parasitas, os gigolôs, os jogadores, os artistas de shows e os malandros das praias. Embora nem todos os desviantes sejam estigmatizados, a população de rua é contemplada pelas duas categorias.

Seguindo a ideia de Norbert Elias (2000), os sujeitos que vivem na rua também podem ser taxados como outsiders, em sua obra o autor discute as relações de vizinhança que se dão entre dois grupos (um tradicional e um mais novo que chega no bairro), mas estes moradores mais novos são pessoas que estão fora da “boa sociedade”, que não pertencem aos grupos poderosos e não conseguem se organizar como um grupo coeso, sendo concebidas como possuidoras de um menor valor humano e nesse sentido podemos pensar que seu conceito de outsiders serve para pensar como são vistos aqueles que se situam nas ruas. Eles existem sempre em uma relação de interdependência com os estabelecidos, grupo que se autopercebe e que é percebido como mais poderoso e melhor por sua tradição, sua influência e sua autoridade, fundamentada na concepção de que são um modelo moral a ser seguido. Os grupos mais poderosos se enxergam como pessoas melhores, dotadas de um maior carisma grupal e possuidoras de mais virtudes – inexistentes nos outsiders. Ao se considerarem superiores, em certos momentos podem levar os indivíduos menos poderosos a se sentirem como desprovidos de virtudes, ou seja, a se compreenderem como humanamente inferiores.

Os grupos sociais não são compostos por pessoas idênticas, de modo que em cada grupo é possível encontrar algum integrante que apresente comportamentos moralmente condenados pela sociedade. Entretanto, Elias (2000) afirma que as características condenadas em alguns dos sujeitos outsiders são generalizadas como sendo a postura de todo o grupo. No caso dos estabelecidos, ocorre o contrário, visto que sua imagem é moldada a partir dos seus membros mais “exemplares”. Por considerarem-se superiores, os estabelecidos excluem os outsiders de seu convívio e os estigmatizam como forma de conservar sua superioridade social, pois o estigma imposto costuma penetrar na autoimagem do grupo excluído, tornando-o mais fraco. Isto só é possível devido ao monopólio das fontes de poder, pois, para o autor, uma coletividade só consegue estigmatizar outra com eficácia ao estar em posição de poder que não é acessível aos excluídos.

Para Elias (2000), a estigmatização não pode ser discutida a nível individual. O caso dos moradores de rua pode ser empregado como exemplo para perceber que, na maioria das vezes, a questão não se resume a uma pessoa não apreciar a outra enquanto indivíduo isolado. As pessoas em situação de rua são estigmatizadas por pertencerem a um grupo considerado inferior, diferente, desorganizado, preguiçoso e também criminoso. As diferenças de poder, coloca o autor, não podem ser explicadas apenas em função da posse de objetos: é preciso considerar que algumas desigualdades de poder se dão em decorrência do grau de organização dos sujeitos. Ao estudar os moradores de rua, pode-se perceber que os estigmas que lhes são atribuídos não se referem à sua situação de miséria, mas sim às suas peculiaridades organizacionais – ou, para alguns, à sua falta de organização – no cotidiano: a sujeira dos corpos, o uso de drogas, os horários não-convencionais, os hábitos distintos daqueles apresentados por quem vive em uma casa.

Para Elias essa população de rua, portanto, não segue as normas concebidas pelos estabelecidos como necessárias para a manutenção da ordem na sociedade. Para pertencer ao grupo superior, os indivíduos precisam sacrificar alguns prazeres e se submeter às regras impostas pelo grupo. Os outsiders – os moradores de rua – são vistos como não-observantes de tais restrições e são considerados anômicos. O simples contato dos estabelecidos com os sujeitos que não aceitam as normas ocasiona o risco de poluição, levando alguns membros do grupo estabelecido a serem julgados como suspeitos de infringirem o sistema. Elias (2000, p. 26) afirma que,

Como os outsiders são tidos como anômicos, o contato íntimo com eles faz pairar sobre os membros do grupo estabelecido a ameaça de uma “infecção

anômica”: esses membros podem ficar sob a suspeita de estarem rompendo as normas e tabus de seu grupo; a rigor, estariam rompendo essas normas pela simples associação com membros do grupo outsider. Assim, o contato com outsiders ameaça o “inserido” de ter seu status rebaixado dentro do grupo estabelecido. Ele pode perder a consideração dos membros deste – talvez não pareça mais compartilhar do valor humano superior que os estabelecidos atribuem a si mesmos.

Na situação aqui estudada, a dessemelhança entre os moradores de rua e outras coletividades refere-se especialmente às normas que são cumpridas pelos estabelecidos. Para os sujeitos mais poderosos, a observância das regras sociais vincula-se ao seu amor-próprio e à crença de que seu grupo se distingue em função de seu carisma. Considerando que as pessoas em situação de rua por vezes desconhecem as normas, ou então não se preocupam em respeitá-las, os estabelecidos encontram-se ameaçados. Além disto, precisam conviver com seu próprio desejo de romper as prescrições, sendo a existência dos outsiders vista como potencial enfraquecedora destas defesas. Percebendo a desorganização e o desregramento como um ataque à sua posição, os estabelecidos estigmatizam alguns grupos, definindo que, dotados de menos humanidade, merecem ser inferiorizados e humilhados na vivência cotidiana.

Assim como os demais autores, Wacquant (2001a) reflete sobre a existência de um grupo social desprivilegiado que é considerado uma underclass, ou seja, uma classe inferior, que habita locais segregados e é responsabilizada por seu destino e culpabilizada pelo declínio da cidade. Sob o olhar dele, os moradores de rua – e os pobres em geral – são vítimas de uma violência estrutural, fruto das transformações econômicas e políticas da sociedade. Estas mudanças ocasionaram uma polarização de classes que, ao unir-se com a segregação étnica, resulta em uma dualização das metrópoles. Os pobres não são apenas marginalizados, mas também considerados redundantes social e economicamente. Além dos problemas gerados pelo desemprego, explicitados pelos autores recém citados, Wacquant (2001a) ressalta o isolamento territorial a que são submetidos os pobres, pois não lhes é permitido viver nas áreas mais nobres das cidades, destinadas à população economicamente favorecida. Tal divisão é evidenciada com as decisões de remoção de favelas para locais mais afastados ou com as tentativas de retirada dos moradores de rua de praças e parques nas zonas centrais.

À separação territorial adiciona-se a crescente estigmatização dos pobres no cotidiano e no discurso público, levando a uma penalização da miséria e dos militantes que lutam pelos direitos sociais de desempregados e sem-teto (WACQUANT, 2008). Em outra obra (2001b), o autor afirma que os países que adotaram o posicionamento

neoliberal de livre mercado utilizam cada vez mais a polícia e as instituições penais para acabar com a desordem que foi produzida pelo desemprego crescente, a diminuição da proteção social e a necessidade do trabalho precário. A vigilância policial e o encarceramento ampliam os problemas enfrentados pelos grupos discriminados e causam um empobrecimento ainda maior. Os moradores de rua, juntamente com as pessoas com sofrimento psíquico e os toxicômanos, constituem um grupo de rejeitados, sem valor no mercado de trabalho, que tem como destino as prisões. Para Wacquant (2008) portanto, os sem-teto são criminalizados por fazerem parte da escória da sociedade voltada às regras mercadológicas.

5 – SAÚDE E A PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA

5.1 Saúde Pública no Brasil

Sabe-se que as políticas sociais existentes no Brasil no período que antecede a Revolução de 1930, eram marcadas pela fragmentação e pela condição do emergencialismo. No que concerne ao atendimento às questões de saúde pública, não existia nenhum tipo de programa sob responsabilidade do governo que estava atuando, sendo assim, a atuação do Estado se dava mediante controle das autoridades locais existentes no país.

Foi a partir da criação do Ministério da Educação e Saúde, nos anos 30, que surgiu a primeira configuração de uma Política Nacional de Saúde, no entanto, o cuidado em saúde era direcionado à apenas determinados segmentos de trabalhadores da época, que contribuíam com o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Bertolozzi e Greco (1996) trazem em seus estudos que até o ano de 1945, os programas de saúde pública eram orientados pelo modelo campanhista, destinados à criação de condições sanitárias mínimas, que sustentassem o grande contingente migratório existente na época.

O outro marco das Políticas Públicas de Saúde no Brasil foi a 3ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu no final de 1963 e coroava vários estudos para a criação de um sistema de saúde. O movimento era orientado por duas bandeiras: um sistema de saúde para todos (saúde direito de todos os cidadãos) e descentralizado, mediante protagonismo dos municípios (CARVALHO, 2013; FINKELMAN, 2012).

Em 1986, o movimento de Reforma Sanitária Brasileira mostrou-se como um grupo mobilizado e articulado, com um acúmulo histórico de alguns anos de lutas e um repertório de propostas convergentes para um projeto contrário ao modelo biomédico assistencial vigente naquela época. A partir de então, a saúde passou a ser a questão central da sociedade (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, o reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado foi reafirmado em 1986, durante a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando se recomendou a organização de um SUS descentralizado (com atribuições específicas para a União, estados e municípios) e democrático (garantindo a participação social na formulação das políticas de saúde, no acompanhamento e na avaliação) (PAIM, 2007).

Em 1988, a Constituição brasileira confirmou a saúde como sendo um direito de todos e dever do Estado, o qual deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem ao acesso universal, igualitário e integral às ações e serviços de saúde, e estabeleceu a base para a criação do SUS, por meio da aprovação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990 (BRASIL, 1990), que especificava as atribuições e de como seria a organização do SUS (PAIM, TRAVASSOS, ALMEIDA, BAHIA e MACINKO, 2011).

No entanto, o que se observa é que apesar de constitucionalmente garantido, o direito à saúde passou a não ser exercido de forma equânime e integral por toda a população brasileira, em parte como consequência de especificidades apresentadas por determinados grupos populacionais. Dentre esses grupos, destaca-se a população em situação de rua, cuja heterogeneidade torna necessária a elaboração de estratégias específicas que visem contemplar as particularidades desses sujeitos, a partir da criação de serviços específicos (PRATES, PRATES e MACHADO, 2012).

Seguindo-se nessa lógica, entende-se que há uma fragilização de um dos princípios doutrinários do SUS, a equidade. Esse princípio tem uma associação expressa com as concepções de igualdade e de justiça. Na esfera do sistema nacional de saúde, se evidencia, por exemplo, no atendimento aos indivíduos consoante suas necessidades, proporcionando mais aqueles que mais precisam, e menos a quem demanda de menos cuidados. Com este princípio busca-se a legitimação das particularidades nas condições de vida e saúde, ressaltando que o direito à saúde passa pelas especificações sociais e deve atender à diversidade dos diversos tipos de grupos populacionais.

5.2 Programa Saúde da Família

Sendo uma das principais estratégias de reorganização dos serviços o Programa de Saúde da Família (PSF) propõe uma reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Propõe, portanto, muitos e complexos desafios a serem superados para consolidar-se enquanto tal.

O PSF sendo uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento como intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Com o objetivo de maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família. Destacando-se o direito à saúde, como eixo norteador e a capacidade de escolha do usuário uma condição indispensável.

Segundo Bourget (2005) o Programa de Saúde da Família (PSF) é uma estratégia para a reorganização das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde da população, tendo como foco as famílias que o constituem.

O programa foi implantado desde 1993 é compreendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. O acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (BRASIL, 2006).

Ainda que tenha sido criado com a denominação Programa Saúde da Família (PSF), após algumas décadas de experiências vividas em sua trajetória e da realização de estudos e reflexões a seu respeito, não há mais dúvida em afirmar que a Saúde da Família não é apenas um programa, mas uma estratégia, não apenas uma estratégia de médico da família, mas uma estratégia específica da atenção à saúde (LIMA, 2005).

Segundo Wendhausen e Saupe, a Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui marco operacional rumo à transformação do modelo assistencial brasileiro, impondo a necessidade de rever as atuais práticas, com o intuito de contribuir com este processo.

A atenção à saúde é centrada na família e não no indivíduo isoladamente, e a família é observada no seu contexto socioeconômico e cultural através do seu cadastro que reúne informações que permitem a identificação de um conjunto de fatores de risco, anteriormente não percebidos pelos serviços de saúde (BRASIL, 1997).

No início da década de 80, alguns países iniciaram os primeiros passos nessa direção, aparecendo Canadá, Cuba, Inglaterra e outros, como pioneiros das mudanças nos serviços primários de saúde de reconhecida resolutividade e impacto, mundialmente. Das experiências mundiais e as realizadas em vários pontos do território brasileiro é elaborada a estratégia de reorganização da Atenção Primária ou Básica, denominada de “Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde”, o PSF.

No Brasil o PSF iniciou como estratégia no ano de 1994, por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde/MS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância/UNICEF. A estratégia oferta às famílias serviços de saúde preventiva e curativa em suas próprias comunidades resulta em melhorias importantes nas condições de saúde da população. A

estratégia da saúde da família surgiu com o propósito de alterar o modelo assistencial de saúde, centrado na doença, no médico e no hospital. Privilegiava a parte curativa em detrimento da preventiva. O PSF veio como resposta às necessidades de uma atenção integral desenvolvida por equipe multiprofissional, ao indivíduo e à comunidade, com intensa participação da comunidade.

Segundo Freitas a Estratégia de Saúde da Família foi Institucionalizada pelo Ministério da Saúde com o objetivo de substituir o modelo tradicional de assistência à saúde, trabalhando dentro de uma nova lógica, com maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência. A função da Unidade de Saúde da Família é prestar assistência contínua à comunidade, acompanhando integralmente a saúde da criança, do adulto, da mulher, dos idosos, enfim, de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade.

O objetivo da estratégia da Saúde da Família é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, que é orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

De acordo com Souza (2000), o programa apresenta uma estratégia de assistência que valoriza os princípios de territorialização, de formação de vínculo com a população, de garantia de integridade na atenção, de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, de ênfase na promoção de saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade entre outros, consolidando assim, o Sistema Único de Saúde.

A estratégia de Saúde da Família reafirma e incorpora os princípios básicos do Sistema Único de Saúde – SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

Ao contrário da ideia que se tem sobre a maioria dos programas em nível central, Saúde da Família não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde, é uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização destas atividades em um território definido.

Na trajetória da Saúde da Família desde 1994 até hoje observa-se forte associação à política de municipalização induzida pelo MS em consonância com a diretriz do SUS e

o rumo que a expansão da atenção básica em saúde segue, atualmente, acompanha as alterações efetivamente ocorridas na forma de prestar assistência.

5.3 Políticas de saúde da população em situação de rua

Mediante criação do Decreto nº 7.053, de dezembro de 2009, têm-se um marco em relação ao cuidado a população em situação de rua, diante da fundamentação da Política Nacional para População em Situação de rua, que traz em seus escritos, uma série de direitos bem como estratégias para acompanhamento e monitoramento da saúde e do direito desse grupo populacional. Em 2012, o Ministério da Saúde lança o Manual sobre o Cuidado à saúde junto à população em situação de rua, sendo considerado como outro marco na atenção à saúde desse grupo no âmbito do SUS. Nesse caso, têm-se como intenção, a ampliação do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde dessa população. Sendo assim, a atenção básica vem-se a constituir como um espaço prioritário para o fortalecimento do cuidado e a criação de vínculo na rede de atenção à saúde, possibilitando sua inserção efetiva no SUS, tendo como porta de entrada prioritária na Atenção Básica (AB), as equipes do Consultório na Rua (CnaR).

Frente a este contexto, os CnaR, instituídos por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), constituem como um componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e devem seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na PNAB, buscando atuar diante aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, inclusive na busca ativa e cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas, tendo como foco a redução de danos. São constituídos por equipes formadas por diferentes categorias profissionais da saúde, com prestação de serviços à essa população in loco, sendo realizadas de maneira itinerante e em articulação com as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Além da atenção básica, as equipes dos CnaR, realizam também ações compartilhadas junto aos CAPS, dos serviços de urgência e emergência e dos diversos outros pontos de atenção, a depender da necessidade de saúde da população de rua (BRASIL, 2012).

Vale lembrar que no município de Sobral-CE não existem equipes de CnaR, sendo esse trabalho realizado minimamente pelo Centro Pop (Centro de Referência Especializado para População em Situação de rua), que será explicado com mais detalhes ao decorrer do trabalho.

Quanto aos principais problemas de saúde que mais acometem a população em situação de rua, Aguiar e Iriart (2012) identificaram como principais, o abuso de substâncias psicoativas, HIV/AIDS, transtornos mentais/psiquiátricos, problemas odontológicos, dermatológicos e gastrointestinais. No entanto, muitas pessoas que estão em situação de rua procuram os serviços de saúde recorrendo à rede ambulatorial apenas quando não aguentam mais a presença de sintomas das doenças. Algumas acessam os serviços de saúde quando conduzidas pelo serviço de resgate ou por intermédio de instituições de assistência, pois encontram dificuldades em valerem-se deles espontaneamente.

Nesse caso, percebe-se que as condições precárias e insalubres das ruas podem ocasionar em exposições e riscos acumulados, sobre os quais são necessárias intervenções, diversas estratégias e formas de tratamento que atendam às especificidades de cada situação. Nesses casos, os conceitos gerais de universalidade, integralidade e equidade do SUS são caracterizados como desafios à medida de que se deve ter ferramentas para implementação de políticas públicas de saúde eficientes para as pessoas em situação de rua (TONDIN, 2013).

5.4 Perfil da População em Situação de Rua em Sobral – CE.

Para discutirmos o termo “população em situação de rua” (PSR), precisamos ter o entendimento que as classificações são heterogêneas, sobretudo se comparadas a diferentes realidades internacionais (ADORNO; WARANDA, 2004). O termo consolidado expressa mais a situação do sujeito em relação à rua, e não apenas como “ausência de casa”, como outros países tendem a classificar. Ferreira lembra a definição do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome ao analisar a população em situação de rua de Belo Horizonte: “Grupo populacional heterogêneo constituído por pessoas que possuem em comum a garantia da sobrevivência por meio de atividades produtivas desenvolvidas nas ruas, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, e a não referência de moradia regular” (FERREIRA, 2005).

Para os sujeitos que vivem nas ruas de Sobral muitos trazem em suas falas que estão em situação de rua pois desejam possuir moradia, trabalho formal e superar a situação de rua e para um outro grupo a rua é sua morada então se reconhecem moradores de rua pois após muitos anos nessa situação, eles identificam o espaço da rua como sendo sua casa, diferentemente das pessoas comuns, em geral:

...a situação de estar e um lugar domiciliado, junto com outros, é quase da ordem do impossível, para eles (...) importa dizer que a rua está dentro dessas pessoas e ela significa a exclusão, o afastamento do outro, o sem-sentido que faz com que se esteja em algum lugar muito longe da perseguição a um ideal de eu. No entanto, bastante próximo de um eu ideal, ofertado, marcando a sua condição de mendicância (PAGOT, 2006:66).

O levantamento dos dados da população que vive das ruas em Sobral se deu através um recorte cronológico, entendendo como sendo aquilo que pertence ou que é relativo à cronologia (a disciplina cujo objetivo é a determinação da ordem e das datas dos acontecimentos/eventos históricos). Utilizamos os documentos do serviço especializado a atender a essa população o Centro POP, selecionamos os prontuários ativos nos últimos dezesseis meses que equivale de janeiro de 2018 a julho de 2019. Chegamos no número de 27 prontuários estudados.

O perfil socioeconômico encontrado pelo estudo sugere que a população em situação de rua em 2019 é predominantemente masculina (70%), mais da metade (54%) possuía entre 25 e 44 anos, aproximadamente 30 % se declararam afrodescendentes.

Em relação à formação escolar, 74% possui ensino fundamental incompleto; 11% possui fundamental completo; 11% possui ensino médio incompleto; e 11% possui ensino médio completo e 22% não constava a informação no documento.

Sobre a trajetória, 70% deles sempre viveram no município em que moram; 30% vieram de municípios do mesmo Estado de moradia. Do total de indivíduos pesquisados, 48% estavam há mais de um ano dormindo na rua. Em relação ao local onde dormiam, a maioria costuma dormir na rua, pois o município não disponibiliza albergues, abrigos, pousada popular e serviços afins.

Sobre o trabalho e renda, a população em situação de rua é composta, em grande parte, por trabalhadores, já que 48% exerce alguma atividade remunerada. Dessas atividades, destacavam-se: catador de materiais recicláveis, flanelinha, construção civil, limpeza e carregador/estivador. Esses dados são importantes para desmistificar o fato de que a PSR é composta por “mendigos” e “pedintes” (BRASIL, 2009).

Em relação à alimentação, a maioria consegue fazer ao menos uma refeição por dia, o serviço de referência disponibiliza café da manhã de segunda a sexta e almoço, a noite é servida uma sopa no próprio serviço e alguns grupos religiosos passam nos locais públicos onde as PSR costumam ficar distribuindo refeições.

1.1 - Perfil da população em situação de rua em Sobral-CE.

Masculino	70%
Adulto Jovem	54%
Pardo	20%
Ensino Fundamental Incompleto	35%
Natural de Sobral	51%
Cidade de Origem – Sobral	48%
Tempo de Situação de Rua – mais de 1 ano	27%
Com ocupação	48%
Uso de Álcool e outras substâncias psicoativas	70%

Fonte: Do próprio autor.

Apesar desses dados terem sido extraídos dos documentados do serviço de referência de atendimento à população em situação de rua e assim constituírem um diagnóstico da realidade da população em situação de rua no município Sobral, é importante considerar que o período apurado pode não retratar a realidade, tendo em vista a característica migratória dessa população, a mudança de estratégias públicas dirigidas a ela e outras variáveis sociais que dão novas facetas ao fenômeno.

A necessidade de mais estudos relacionados as pessoas que estão em situação de rua se faz não só pela escassez de trabalhos, mas também, pela limitação na forma de abordar o problema.

6 - CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA

6.1 Caracterização da pesquisa

Estudo de pessoas em situação de rua permite uma série de reflexões sobre o posicionamento dos componentes deste grupo na sociedade atual e conseqüentemente, sobre o relacionamento de tais sujeitos com o restante da população. É evidente, porém, a condição de pobreza em que vivem e o tratamento discriminatório que recebem por parte do poder público e da maioria dos habitantes da cidade.

Com isso buscamos compreender como se dá o cuidado da Estratégia Saúde da Família a partir da percepção dos trabalhadores as pessoas em situação rua. Para um melhor entendimento desse sujeito traçamos um perfil das pessoas em situação de rua do Município de Sobral-CE. Aproximamo-nos do Centro de Saúde Família para conhecer os

fluxos de atenção à saúde da pessoa em situação de rua e por fim descrevemos a percepção do usuário a respeito do cuidado ofertado pela ESF.

Sobral conta com três CSF de referência para atender a população em situação de rua que são os CSF do Centro, CSF Estação e CSF Tamarindo. Quando necessário, desenvolve ações integradas com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com as necessidades dos usuários. O CSF é a porta de entrada aos serviços de saúde, propiciando atenção integral e longitudinal, coordenando o cuidado e prestando atenção à saúde da população em situação de rua.

Este estudo se caracteriza pela natureza exploratória descritivo, com abordagem qualitativa. Participaram da pesquisa profissionais do CSF Tamarindo e as pessoas em situação de rua que estão com os vínculos familiares interrompidos e sem moradia convencional regular.

A coleta de dados, foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada, norteada por duas perguntas abertas para os profissionais do CSF Tamarindo e duas perguntas as PSR. Ressaltamos que antes de cada entrevista foram informados os objetivos do estudo e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), todas as entrevistas foram gravadas sob a permissão dos sujeitos participantes. Para o levantamento do perfil dos usuários acompanhados pelo Centro POP utilizamos um formulário que está em anexo.

Para a análise das informações utilizamos a análise temática segundo Minayo (2010) que se baseia nas etapas: 1) Pré-análise: leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos; 2) Exploração do material ou codificação: busca por categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado; e 3) Fase tratamento dos resultados obtidos/ interpretação: o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugerida pela leitura do material.

O estudo foi realizado em conformidade ao preconizado pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere a pesquisas envolvendo seres humanos. Esta Resolução trata dos princípios éticos a serem respeitados no desenvolvimento das pesquisas, dentre estes: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos sujeitos da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012). O mesmo foi apreciado pelo Comitê

de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) com CAAE 16829519.6.0000.5053. A fim de manter o anonimato dos participantes, nós utilizaremos as iniciais PSR para os participantes que estão em situação de rua e PS para os participantes profissionais da saúde: (por exemplo PSR-A, PSR-B, PSR-C... e PS-A, PS-B, PS-C...)

6.2 Cenário

A pesquisa foi realizada no Centros de Saúde da Família (CSF) do bairro Tamarindo, tendo em vista que é o CSF do município que as pessoas em situação de rua mais acessam.

O Centro de Saúde da Família Dr Luciano Adeodato está localizado na Rua Anaihd Andrade, bairro Tamarindo, cidade de Sobral, funciona de 07 as 11 horas e de 13 as 17 horas e realizam diversas atividades, incluindo ações de prevenção e promoção à saúde, atendimento à saúde da mulher, da criança, do adulto, do idoso, realização de visitas domiciliares, ações grupais, entre outros. O CSF do Tamarindo conta com 2 enfermeiras, 2 médicos, 10 ACS's, 1 dentista, 1 auxiliar de dentista, 1 digitadora, 1 telefonista, 3 auxiliares administrativos, 3 profissionais responsáveis pelos serviços gerais e 4 vigilantes.

6.3 Público

A pesquisa teve como participantes, seis pessoas que estão em situação de rua com vínculo familiar interrompido e sem moradia convencional regular, sendo acompanhadas pela equipe do Centro POP e dez trabalhadores de saúde que atuam no CSF do bairro Tamarindo, sendo eles quatro enfermeiras, um auxiliar de farmácia e seis agentes de saúde. Utilizou-se como critérios de inclusão os trabalhadores que estiverem atuando nesses dispositivos de cuidado há pelo menos um ano e usuários que estão em situação de rua com os vínculos familiares interrompidos e sem moradia convencional regular no território de Sobral - CE e aceitem participar voluntariamente da pesquisa.

Os critérios de exclusão foram aplicados aos trabalhadores que não estavam na rede de saúde local há pelo menos um ano e as pessoas em situação de rua que tenham algum suporte familiar, bem como não aceitem participar voluntariamente da pesquisa.

7 - RESULTADOS E DISCUSSÕES

A coleta de dados foi realizada com onze profissionais do CSF Tamarindo sendo quatro do nível superior e seis do nível médio: quatro enfermeiras, um auxiliar de farmácia e seis agentes comunitários de saúde, em relação ao tempo de atuação no serviço, todos com mais de dois anos. E seis pessoas em situação de rua, sendo duas mulheres e quatro homens, todos com vínculos interrompidos com suas famílias e a mais de seis meses em situação de rua.

Realizamos a análise da entrevista realizando uma leitura flutuantes sobre os relatos dos entrevistados, em seguida fomos identificando as palavras que mais apresentava significado e que apareceu com frequência no discurso dos participantes. A partir da análise das entrevistas foram elencadas algumas categorias: a organização no Centro de Saúde da Família; o acolhimento à pessoa em situação de rua; Medo, estigma e preconceito; o autocuidado da pessoa em situação de rua.

7.1 A organização no centro de saúde da família

Quando indagamos os sujeitos da pesquisa sobre o acesso da pessoa em situação de rua ao serviço de saúde e qual fluxo ele seguia na unidade, pudemos perceber que mesmo sendo frequente o acesso deles e das peculiaridades que eles apresentavam não existia distinção na organização do serviço. Me chamou a atenção a fala desses dois trabalhadores que trouxeram em suas falas uma descrição do acesso da pessoa em situação de rua na unidade de saúde.

“o acesso é fácil no sentido que sempre que eles chegam são atendidos, passam pelo fluxo normal da unidade, seria uma acolhida, aferição de sinais vitais e uma avaliação prévia pela enfermeira e como qualquer usuário da unidade se houver necessidade ele passa pelo atendimento médico se for algo de urgência e emergência e se não tivermos como prestar aquela assistência no momento ele é encaminhado, se precisar de agendamento ele já fica agendado, se for necessário atendimento especializado a gente deixa na unidade para fazer essa marcação, quando marcado o nosso contato é o centro pop.” (PS D)

“Quando eles chegam são acolhidos pelo porteiro ou pelo SAME que já é verificado sinais vitais, aí vem para o meu consultório, nesse acolhimento a gente procura ver qual é a necessidade dele, se for consulta médica e não tiver vaga eu faço interconsulta, se for para outro ponto da rede eu já faço esse encaminhamento e se for para solicitar algum exame eu também já tento viabilizar a regulação.” (PS B)

Com isso podemos perceber que existe um acesso fácil para o atendimento, porem segue um fluxo que não garante a permanência do sujeito na unidade pois o tempo do

sujeito que está nas ruas é diferente dos demais, principalmente quando ele tem alguma ocupação, com isso ele pode não aguardar uma fila para a consulta médica, odontológica e demais profissionais. Na condição de um sujeito excluído de uma representação simbólica, significação que está para além de não ter roupas adequadas e um lugar para viver, ou seja, significa que ele não existe, uma vez que não conta com nenhum tipo de vinculação institucional que possa nomeá-lo. Podemos perceber nessa próxima fala:

“Não há uma responsabilização da unidade nem do centro pop, então essa pessoa fica solta(...) se tiver um paciente de tuberculose, como a gente vai fazer? Onde eu vou encontrar ele? Como eu vou colocar o Agente de Saúde desta área para ir para outra área atrás daquele indivíduo que está em tratamento de tubérculos (...) então é uma questão do pronto atendimento, é um acesso fácil, mas é um pronto atendimento, não há uma responsabilização desse Centro de Saúde da Família em relação ao cuidado continuado de nenhum deles.” (PS D)

“O acompanhamento é mais difícil pois eles costumam sumir, vem se consultar, às vezes tem um DST aí precisa de acompanhamento, por exemplo tomar uma injeção aí some...aí é problema.” (PS G)

Pode-se dizer que dentre os moradores em situação de rua existe uma heterogeneidade e um limite diferente em sua capacidade de pertencer e incluir-se na cidade. Observa-se que “alguns elementos são comuns a essa população, como o isolamento e a dificuldade de estabelecer contato (...)” (PAGOT, 2006: 65) Foi o que alguns trabalhadores relataram.

“Eu percebo que eles têm medo, chegam na unidade é um ambiente diferente para eles, aí eles já chegam ‘armados’, a gente pergunta, você veio de onde? ‘Centro POP’. Você tem a ficha? ‘Centro POP’ ele não ‘enxerga’ o que estamos perguntando, muitas vezes estão alcoolizados estão com medo, só sabem dizer Centro POP, e que querem se consultar, eles não têm uma tranquilidade quando chegam na unidade.” (PS G)

Algo que também dificulta a população em situação de rua a ter acesso a saúde é a falta de documentos, pois muitos deles perderam, foram assaltados, tem alguma pendência judicial e tem receio de serem identificados e entre outros motivos, e por ser necessário apresentar alguns documentos para acessar os serviços de saúde eles ficam restritos a esse cuidado básico, como vamos ver na próxima fala:

“Me deparei com um que era de fora e queria se consultar no posto, cadê o documento, sua identidade? ‘tenho não’. Aí fica difícil para fazer o cartão do SUS, não sabia o nome completo.” (PS E)

“Às vezes eles não possuem documentação, trazer a documentação, fica difícil fazer a identificação, fazer encaminhamentos.” (PS H)

O cuidado na ESF junto a seus usuários tem como características: ser um cuidado geral, não sendo restritiva a faixas etárias, tipos de problemas ou condições; ser acessível em relação ao tempo, lugar, financiamento e cultura; ser integrada no sentido curativo, reabilitador, promotor de saúde e preventivo de enfermidades; ser continuado; cuidado que opera por trabalho em equipe; ter uma perspectiva de cuidado centrado na pessoa e não na enfermidade; ser orientado para coletividades (famílias, grupos e comunidades); ser coordenado; confidencial; ser político, defensor dos direitos dos usuários em questões de saúde, em relação a todos os outros provedores de atenção à saúde (CUNHA, 2005).

Quando foi questionado como se dava o acesso das pessoas em situação de rua ao CSF, nos foi apresentado um fluxo que irei trazer na fala a seguir:

“o protocolo que a gente segue é que esse paciente tem que vir encaminhado do Centro POP, ele é uma sistemática que se colocou na distribuição dos três postos de saúde mais centrais, mais próximos ao Centro POP, não sei te dizer exatamente porque o fluxo é assim, quando cheguei o fluxo já era esse, tentamos organizar da melhor maneira pois ainda existia algumas deficiências nesse fluxo, muitos paciente queriam vir pra cá por que aqui como é mais central o acesso para eles ficava sendo melhor, eles passavam aqui na frente e por algum sintoma eles já vinham pedir alguma medicação (...) (PS B)

O acesso universal à saúde é um direito constitucional garantido a todos os cidadãos brasileiros, mas ainda há populações em situação de extrema vulnerabilidade, como a população em situação de rua, para a qual persistem barreiras ao acesso e ao cuidado em saúde, mantendo-a invisível para o sistema. Contrariando o preceito da equidade na atenção, essa população tem dificuldade de acessar o Sistema Único de Saúde (SUS) e sua porta de entrada principal – a Atenção Primária à Saúde (APS); utilizando, em geral, as emergências nas situações agudas ou de risco iminente à saúde e à vida.

“Geralmente os pacientes que são encaminhados nos solicitamos ao Centro POP que se comunique conosco, até mesmo para saber se nós vamos ter médico naquele dia, para ver se a gente pode ofertar assistência de acordo com a necessidade dele, já que o fluxo pode ser encaminhado para mais de um posto de saúde. ” (PS B)

“Nessa comunicação eles mandam através de um encaminhamento(...) quando é feito a comunicação a gente já procurava organizar da melhor maneira para garantir o atendimento desses pacientes. ” (PS B)

A ESF, implementada em seus atributos de primeiro contato, vínculo longitudinal, integralidade e coordenação da atenção, deveria estar apta a prestar o cuidado integral a populações vulneráveis, como a dos moradores de rua. Sistemas de Saúde com forte referencial na ESF são mais efetivos, mais satisfatórios para a população, têm custos menores e são mais equitativos, mesmo em contextos de grande iniquidade social.

A população em situação de rua quando questionados sobre seu acesso ao posto de saúde trouxeram que buscava sempre o apoio do centro pop como esse intermediador, por ser mais fácil e uma garantia de ter a necessidade assistida, como iremos ver nas falas a seguir:

“... como as coisas se tornam mais fácil, através de um encaminhamento de um psicólogo, assistente social, que às vezes o atendimento rápido nos postos, como também no CRIS, como também nos hospitais, Santa Casa que eu passo eu sou bem atendido, através do encaminhamento, através de orientação, nós somos encaminhados pelo centro POP. ” (PSR E)

“... raramente eu vou ao posto de saúde, inclusive eu falei aqui com eles que eu estou precisando ir ao hospital, estou com uma hérnia, já tenho até o exame pra mim tirar, sabe? E isso já ta com mais de oito meses e dá nada aí estou precisando ir ao dentista também aí eu tenho que falar com eles amanhã para eles fazerem o encaminhamento. Encaminhado por aqui, às vezes acompanha a gente, aí a pessoa é atendida mais rápido, quando a pessoa vai só a burocracia é maior. ” (PSR C)

“... o centro POP me encaminhava ... esse posto recebe a demanda do Centro POP e da Pousada Social, mais eu só usei ele uma vez para renovar um atestado, que eu tinha que ir para a perícia e meu atestado estava antigo, aí eu fui e usei o serviço público uma vez. ” (PSR A)

O princípio da universalidade de acesso à saúde é, sem dúvida, um dos eixos éticos que norteiam a prática de cuidado à PSR, tendo em vista a situação de exclusão social a que estão submetidos. Inserir esses usuários na rede de cuidado concedendo-lhes o direito constitucional à saúde e funcionando como porta de entrada no sistema de saúde capaz de dar respostas positivas a esses usuários, não podendo se tornar simplesmente um lugar burocrático e obrigatório de passagem para outros tipos de serviços é o papel da ESF. Acolher e promover a inclusão das pessoas morando na rua à cidadania, aos serviços de saúde e a outros setores é atributo dos mais importantes, considerando-se sua extrema vulnerabilidade.

7.2 O acolhimento a pessoa em situação de rua

O acolhimento é fundamental na responsabilização da equipe e também contribui na formação de vínculo com o usuário, uma vez que a demanda apresentada pelo mesmo deve ser acolhida, executada, problematizada e reconhecida como verdadeira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Ainda que seja necessário programar o acompanhamento das pessoas nas agendas profissionais, é indispensável que as UBS estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades e os imprevistos. Porém quando isso se trata da pessoa em situação de rua a equipe tem uma dificuldade de executar, como iremos ver nas falas a seguir:

“No posto de saúde eu sempre atendo, geralmente chega aqui com um corte, coisas básicas, porque eles não têm um acompanhamento nas unidades porque eles andam em muitos locais e não tem prontuário, eu nunca atendi paciente morador de rua com prontuário até porque eles não têm residência fixa.”(PS C)

“(...) A gente tem um diálogo diferenciado, aquele diálogo para fazer ele se sentir acolhido, porque muitas vezes ou se fazem de vítimas ou eles mesmo se estigmatizam, então a gente tenta ver da melhor maneira que eles se sintam acolhido, que a gente está tratando eles como seres humanos que tem necessidades, as carências, as vulnerabilidades, mas como qualquer outra pessoa, independente dos estigmas que as pessoas têm com eles ou que eles sentem que as pessoas têm. ” (PS B)

É percebido nessa última fala que existe uma atenção para a população em situação de rua e suas especificidades, os profissionais tentam fazer o cuidado de uma maneira diferenciada e promovendo diretos ao sujeito, porém o contexto em que está inserido o morador de rua e o profissional da atenção básica não favorece para esse estreitamento do cuidado pois o estigma se torna uma barreira entre eles.

“O estigma é uma construção social que representa uma marca a qual atribui ao seu portador um status desvalorizado em relação aos outros membros da sociedade. Ocorre na medida em que os indivíduos são identificados com base em alguma característica indesejável que possuem e, a partir disso, são discriminados e desvalorizados pela sociedade. Esse tipo de estigma é chamado de estigma social ou público. ” (RONZANI, 2014)

Uma das razões que interferem diretamente no cuidado da pessoa em situação de rua é o estigma, que faz com que os usuários sejam vistos como perigosos, violentos e únicos responsáveis pela sua condição. A diversas razões que podem justificar a estigmatização do sujeito em situação de rua por parte dos profissionais de saúde, um deles é, o consumo de drogas, que não é visto como um problema de saúde, mas como falha de caráter, fazendo com que seja atribuída ao usuário a responsabilidade pelo aparecimento e pela solução do seu problema.

“Na maioria das vezes nós temos mais dificuldades com os pacientes etilistas, que estão sob efeito de substância, porque quando ele chega, ele não quer esperar, ele quer entrar na frente e resolver o problema dele embora a gente saiba que ele não tenha nenhuma urgência e fazer ele entender isso é muito complicado, na maioria das vezes eles vão embora, é porque se desgastam e não foi atendido naquela hora e vai. ”(PS A)

“É difícil para o serviço acolher o paciente alcoolizado, porque aquele álcool vai dificultar na administração da medicação, às vezes na comunicação, no próprio serviço de saúde, vai dificultar no tratamento dele como um todo. ” (PS B)

“Eu vejo aqui no posto, quando eles vêm do Centro POP, eles se identificam que são do Centro POP, muitos deles chegam alcoolizado, agressivos... eles querem ser atendidos logo, não tem paciência para esperar” (PS F)

Nesse caso, o uso de substâncias psicoativas por pessoas que vivem em situação de rua não se liga unicamente à sensação de prazer, mas correlaciona-se também às

sensações de euforia, poder, alterações psíquicas contra a triste realidade na qual estão submetidos, entre outros. Constitui-se então, como uma ferramenta química para amenizar as consequências de um sintoma da insanidade social que exclui esses cidadãos de direito (TONDIN, 2013). Alguns sujeitos que vivem nas ruas trazem em suas falas o uso de substância como algo que prejudica sua saúde ou o não cuidado.

“Mas sempre eu vou, eles me recebem bem (...) aquela coisa toda de médico, aí eu penso né, mais quando a gente chega na rua aí nego começa a tribular nas drogas né? Porque eu uso, eu uso droga né, não vou menti, aí quando nego começa a beber e a tribular nego não se lembra de nada aí eu passo dois meses, três meses sem ir, é isso.” (PSR B)

“Na minha saúde no dia a dia quando eles aqui me levam para o hospital, faço uns exames, mais no dia a dia mesmo praticamente eu nem cuido não, nem ligo, só ligo quando eu sinto alguma coisa, só quando eu sinto alguma coisa eu procuro saber o que é, mais assim diariamente eu(...) ainda mais que eu sou usuário de drogas, eu bebo e também fumo aí às vezes acabo nem ligando para a saúde e até porque o que eu uso já é muito prejudicial para a saúde, né? (PSR C)

Compreendemos que o problema do uso abusivo de drogas pela população que vive nas ruas se mostra bastante complexo, pela composição de fatores que, somados, reforçam a situação de exclusão social e estigmatização de parte da população que aparece de forma marginalizada pela reação da sociedade. Esta postura social agride profundamente e produz uma diminuição da autoestima, já minada pelo descaso, preconceito, estigmas e desesperança, levando-os ao autoabandono, descuido, e desinteresse pela vida (TONDIN, 2013).

O cuidado dos profissionais que atuam na assistência se faz importante a esse público, torna-se fundamental no sentido que busca amenizar a estigmatização e o preconceito em relação à pessoa em situação de rua, tanto pela condição de estar na rua como pelo uso de substâncias psicoativas, envolvidas em boa parte desse público. Além disso, a redução de danos situa o uso de drogas como uma questão de saúde pública, visando à elaboração de estratégias de cuidado mais próximas da realidade dos sujeitos, juntamente com as pessoas que fazem uso/abuso de psicoativos. E assim, ao adotar uma postura pragmática e ampliada, traz noções de cuidado e autocuidado contextualizadas e compartilhadas, valorizando a autonomia desses sujeitos (DANTAS; CABRAL; MORAES, 2014).

7.3 Medo, estigma e preconceito: o cuidado da PSR na ESF

A situação de rua é geralmente relatada como advinda de processos sociais, políticos e econômicos excludentes (MARTINS, 1994), “encerrando em si o trinômio exprimido pelo termo exclusão: expulsão, desenraizamento e privação” (Brasil, 2008, p. 3). Não raramente, é também relacionada à fragilização ou ao rompimento de vínculos outrora configurados (ESCOREL, 1999; HUNGARO & SOARES, 2009; KUNZ, 2012; LEMOS, 2000; NOGUEIRA & OLIVEIRA, 2005; PRATES, PRATES, & MACHADO, 2011), o que evidencia os processos de resistência, enfrentamento e ressignificação vividos por esses indivíduos.

É comum o encontro com o termo vínculo quando em menção ao vínculo de apego, ressaltado por autores como Ainsworth (citada por FLORES, IBÁÑEZ, & FÉLIX, 2005) e John Bowlby (1990) em suas teorias, que comportam categorias diversas como: seguro, ansioso-ambivalente, inseguro-evitativo e ansioso-desorganizado, sempre considerando o par mãe-bebê. Para este último, o apego é um mecanismo básico do ser humano que corresponde a uma necessidade de proteção e segurança. Esse vínculo se estabelece nas primeiras relações durante a infância, que iniciam o que depois se generalizará nas expectativas sobre si mesmo, os outros e o mundo em geral, com implicações importantes na personalidade em desenvolvimento (Bowlby, 1990).

Durante as entrevistas com os profissionais da ESF um dos pontos que eles trouxeram de maior desafio a ser trabalhado com a população em situação de rua é o vínculo, como podemos ver nas próximas falas:

“O vínculo, porque o paciente chega aqui eles simplesmente dizem aquilo que está sentindo ...não tem vínculo com agente de saúde, não tem vínculo conosco, ele vem aqui como se fosse para uma unidade hospitalar, resolver o problema dele e pronto. ” (PS A)

“(…), mas o vínculo pessoal deles saberem quem é a enfermeira de referência, deles terem um agente comunitário de saúde de referência... a gente não consegue desenvolver esse cuidado continuado, esse vínculo que é o que mais aproxima a gente das famílias das pessoas do território adscrito. ” (PS D)

“(…) Ele não tem segurança para se abrir com ninguém, imagina adquirir um vínculo com um profissional de saúde por que eles têm medo, eles sofrem estigma (...)” (PSG)

Diante das falas podemos perceber uma vinculação fragilizada por parte da equipe do CSF quando se deparam com a realidade do sujeito que vive em situação de rua, existe uma relação diferente dos demais sujeitos que utilizam dos serviços de saúde. Para Hinde (1997), um relacionamento envolve uma sequência de interações, ou seja, intercâmbios entre dois indivíduos limitados no tempo. Pela carga de fatores subjetivos como

expectativas, emoções e atitudes que o permeiam, é possível afirmar ainda que um relacionamento pode continuar mesmo que as interações já não se deem. Quanto a isso, observa-se que grande parte das pessoas em situação de rua parece não assumir o isolamento como algo próprio do manejo de suas vidas. Kunz (2012, p. 35) pondera que “o viver na rua não se garante com práticas de isolamento e sem trocas, faz-se necessário tecer redes de solidariedade. Quem cai na rua não tem como viver sozinho. Para ser aceito ‘não pode ser um parasita’ (...)”.

“(...) o vínculo que a gente consegue ter com eles é a porta aberta da unidade e o acesso garantido, então isso acaba vinculando, deles sempre quererem vir para cá e serem atendidos (...)” (PS D)

“ A saúde da família, ela funciona através do vínculo entre paciente e profissional de saúde e como se adquire o vínculo com uma pessoa que não está disposta a ter, esse é o principal problema das pessoas em situação de rua e nós profissionais de saúde. ” (PSG)

“O vínculo com eles é muito difícil, eles não aceitam, eles não aceitam, tudo com eles é um pouco difícil. ” (PS J)

“Não sei, eles normalmente eles gostam de ficar em certo ponto, mas não é certeza que ele vai ficar lá, ... tem o vínculo também, chega para ele às vezes ele tá bêbado ou tem problema mental, às vezes é usuário de substâncias ou qualquer situação agravante e ele foge, se eu já vi morador de rua fugir de pessoas que iam dar comida para ele, aí imagina chega o agente de saúde para fazer o vínculo com ele ...eu não consigo nem pensar uma estratégia para isso, passa pela minha cabeça o que eu poderia fazer para poder estabelecer o vínculo com uma pessoa desse tipo...quando eu penso que todo o vínculo vai ser quebrado quando ele sair...” (PSJ)

Estabelecer vínculos é uma aprendizagem possível e uma dimensão humana que podemos desenvolver. Alguns pressupostos são necessários: o despojamento e a empatia, a capacidade de compreender sem julgar e o respeito, que estabelece limites. A convivência com a população em situação de rua ensina a caminhar sempre, sem desanimar, e a construir caminhos partilhados. Mesmo quando se tem pressa, como em situações de saúde e aderência ao tratamento, não é o cuidado não utilitarista, mas a resposta que humaniza e vincula que pode oferecer as melhores conquistas.

Frangella (2004) põe em xeque a estabilidade desses novos vínculos ao afirmar que a formação de grupos de indivíduos em situação de rua é norteadada pela espacialidade e pela temporalidade, que se pautam na mobilidade contínua e na inconstância. Dessa forma, as relações teriam por característica a efemeridade, que acaba por trazer consigo desconfiança e reserva entre os pares. Assumindo a perspectiva adotada por Frangella (2004), seria possível dizer que, muitas vezes, as relações se resumem a interações, ou seja, relações limitadas no tempo (HINDE, 1997).

“Eles mudam muito, essa semana eles estão lá, na próxima semana quando vamos já não estão, porque eles não ficam muito em um ponto fixo...” (PSI)

Outro fator que contribui significativamente para a não vinculação é a questão do preconceito da sociedade em relação a esses indivíduos, pois conforme Rodrigues (2015), os indivíduos desprovidos de família, emprego, residência e bens materiais são taxados pela sociedade de mendigos, indigentes, desocupados, vagabundos e uma série de outros estereótipos, dos quais a cidadania assume papel coadjuvante.

“(...) como a gente pega muito a área central a sociedade aqui é muito cheia de preconceito, e fica complicado, pois eles até chegam para pedir ajuda, até chegam para pedir uma informação ou orientação, mas aí tem aquela coisa do preconceito...” (PSI)

Silva (2006), caracteriza a construção de novos vínculos como não menos expressivos do que os rompidos ou enfraquecidos na e/ou pela situação de rua. Segundo ele:

A carência material não compreende ausência de vínculos, mas reporta para a invenção de novas conexões de interação no meio público; e para a construção de sistemas de significados que definem papéis, vinculam e constituem agenciamentos coletivos que exploram a rua como um espaço social possível. (p. 146)

Casado (2012), por sua vez, afirma não ser possível falar em relacionamentos de uma forma geral sem considerar uma constante evolução. Assim, ao longo do tempo, são originadas novas configurações, mediante o surgimento de novos vínculos e a deterioração de outros. Nesse sentido, apesar de formas de ressocialização serem propostas com frequência na literatura (CHRISTENSEN, 2009; NOGUEIRA & OLIVEIRA, 2005; REW, 2000), parece pouco provável que indivíduos em situação de rua venham a estabelecer relacionamentos com configurações idênticas aos de quando eram domiciliados.

7.4 O autocuidado da pessoa em situação de rua

A população de rua é facilmente reconhecida devido à forma como se apresenta, geralmente com vestes sujas e sapatos surrados, denotando seu estado de vulnerabilidade pela sua condição, e expressando sua singularidade nos pertences que carregam.

De acordo com Costa (2005, p. 4),

Há ainda outros motivos que levam pessoas a morar nas ruas, tais como: recém-chegados a grandes cidades que não encontraram emprego ou um local de moradia, andarilhos, ou pessoas que adquiriram um subemprego onde o salário não é suficiente para seu sustento.

Perante esse contexto, tem-se que o universo social dessa população não é criado ou escolhido por indivíduos que vivem nessa condição, mas que foi criado por circunstâncias alheias a sua vontade, o qual se torna uma subcultura mesmo que limitada ou incompleta. Para os sujeitos da minha pesquisa foi questionado como eles cuidavam da saúde e obtivemos as seguintes respostas.

“Eu escovo os dentes normalmente, eu tomo banho normalmente, me alimento com que o Centro POP oferece, o restaurante popular...” (PSR A)

“ (...) na parte da higiene a gente toma um banho, escova os dentes, se estiver sentindo algumas coisas eles aí dão remédio pra gente, aí tem alimentação e dessa forma vai indo...” (PSR C)

“... a limpeza, higiene, me previno e tudo, venho só tomar banho...” (PSR F)

Como podemos perceber a manutenção da higiene pessoal foi uma questão trazida pelos informantes como associada ao cuidado da saúde. No cotidiano nas ruas, os cuidados higiênicos como banho, escovação de dentes, raspagem de barba, lavagem de roupas são realizados geralmente pela manhã no Centro POP, com regularidade. Em geral, são usados produtos higiênicos, muitas vezes ofertado pelo serviço ou doações de grupos religiosos, muitos destacam a importância do acesso a higiene, pois permite cuidar da aparência do corpo. No dizer do PSR-D: “pelo menos sai com a fisionomia de que (...) não é um morador de rua”, diminuindo o estigma que se abate sobre esses sujeitos.

Apesar das difíceis condições de vida, as pessoas entrevistadas tenderam a fazer uma avaliação positiva de suas condições de saúde. Alguns relataram se sentir bem, ainda que alguns acrescentassem poder apresentar dores de cabeça, problemas gastrointestinais, gripes, pequenos ferimentos ou problemas de visão, dentre outros.

“A minha saúde, muito bem, que eu ando pelo mundo mais primeiro lugar é Deus depois é minha saúde, a limpeza da gente próprio...” (PSR F)

Entre os não abrigados, esse fato pode ser em parte explicado por uma concepção de saúde que está associada à capacidade de estar vivo e de resistir ao cotidiano de dificuldades nas ruas. Já a doença foi associada ao estado de debilidade a ponto de não poder trabalhar, a impossibilidade de batalhar e ganhar dinheiro, o impedimento de realizar tarefas simples, ou no caso extremo, o organismo não suportar o sofrimento, enfraquecer e sucumbir.

“...aí fui parar na rua desde de fevereiro desse ano que eu estou nessa situação... eu estou péssima, inchada estou com 85kg de inchaço, ontem estive no médico, ele disse que estou com o coração gravíssimo, problema de

coração, eu estou tomando remédio muito pesado para eu dormir na rua...”
(PSR D)

Como mostra Boltanski (1989), a percepção do corpo está intimamente associada à forma como as pessoas se inserem na hierarquia social e como ganham a vida. Para as pessoas em situação de rua, o corpo é seu único bem e instrumento indispensável para a garantia da sobrevivência. O autor afirma que a atenção que os indivíduos dão ao próprio corpo (aparência física, sensações de prazer e desprazer) cresce à medida que se eleva a hierarquia social. A percepção de saúde passa pelo corpo, sendo adaptada e legitimada pela performance corporal no cotidiano. Contrariamente, à medida que se desce na hierarquia social, há uma utilização máxima do corpo como instrumento de subsistência, através da capacidade de resistência e trabalho. Problemas de saúde que não afetassem a capacidade de trabalhar ou de locomover-se para buscar alimentos foram relativizados pelos interlocutores diante da necessidade de garantir a sobrevivência.

8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu identificar a percepção dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família para com as pessoas em situação de rua, trazendo um saber ideológico constituintes dos processos de trabalho dos profissionais que integram as equipes da ESF, bem como o olhar dessa população sobre ESF e as maneiras de desenvolver o autocuidado.

De acordo com o referencial adotado, a centralidade das entrevistas estiveram na organização da atenção ofertada a essa população, sustentado pelos saberes ideológicos. A dimensão estrutural da realidade objetiva da população em situação de rua foi perceptível na determinação social do processo de situar-se na rua, tanto que correspondeu à demanda preponderantemente manifestada nos discursos dos entrevistados (profissionais e usuários da ESF). Assim, o saber ideológico no processo de trabalho se destacou mais do que a própria organização da ESF como cenário de cuidado.

Ao contrário do discurso de que o SUS é universal e tem na ESF a porta de entrada para os serviços de saúde, os resultados deste estudo apontaram a existência de dificuldade no acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua. Esses achados são semelhantes aos de pesquisas realizadas no Brasil e em outros países, que também relatam a dificuldade do acesso à saúde por pessoas sem teto.

Se faz necessário destacar aspectos ligados à resistência dos profissionais das ESF em atender e acolher a PSR, às barreiras organizacionais, ao não reconhecimento como pessoas de direito e ao preconceito.

A falta de documentos e de endereço fixo foi relatada como barreira organizacional, embora o município tenha uma instrução de organização que possibilita o cadastramento da PSR na unidade de saúde sem necessidade de apresentação de documentação pessoal nem de comprovação de endereço.

Nos discursos das pessoas em situação de rua, foi possível a identificação. De que a grande maioria tinha uma preocupação com a saúde, utilizavam do Centro POP como um meio mais viável para conseguir acessar o CSF, outros não tinham o hábito de frequentar os serviços de saúde.

Ao descortinar essas contradições no cotidiano do trabalho, apontam-se limites a serem superados no âmbito do processo de trabalho da ESF. Para que se

consiga avançar na direção da integralidade do cuidado, cabe à gestão municipal e aos trabalhadores a responsabilidade de reorientação do modelo assistencial a partir da efetivação dos princípios orientadores da APS.

A construção e manutenção do vínculo entre profissionais e usuários foi considerada necessária e essencial no trabalho da ESF. Por meio do vínculo, almeja-se a inclusão dessa população em situação de rua na principal porta de entrada do sistema, ou seja, nas Unidades de Saúde.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M. M.; IRIART, J. A. B. **Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 115-24, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2012000100012>. Acesso em: 2 jun. 2019.
- ARENDT, Hannah. **A Condição Humana.** São Paulo: Editora Forense-Universitária, 10ª edição, 2007.
- BAUMAN, Z. 2001. **Modernidade líquida.** Rio de Janeiro : J. Zahar.
- _____. 2005a. **Identidade** : entrevista a Benedetto Vecchi. Rio de Janeiro : J. Zahar.
- _____. 2005b. **Vidas desperdiçadas.** Rio de Janeiro : J. Zahar.
- BAUMAN, Zygmunt. **Confiança e medo na cidade.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.
- BERTOLOZZI, Mari a Rita; GRECO, R. M. **As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais.** Rev.Esc.Enf.USP, v.30, n.3, p.380-98 , dez . 1996.
- BOURGET, M. M. M. **O cotidiano do PSF: programa saúde da família: guia para o planejamento local,** 2005.
- BOTTIL NCL, Carolina GC, Mônica F, Ana KS, Ludmila CO, Ana CHOAC, Leonardo LKF. **Condições de saúde da população de rua na cidade de Belo Horizonte.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental [periódico na internet].2009 Out-Dez [acessado 2012 set 20];1(2):[cerca de 15p]. Disponível em: <http://stat.ijkem.incubadora.fsc.br/index.php/cbsm/article/.../1141/1383>
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa.** Brasília: Fundações Nacionais de Saúde, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família, Promoção da Saúde.** Disponível em: <http://www.saude.gov.br/psf/> Acesso em março de 2006.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua.** Brasília: MDS; 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- BRASIL, Presidência da República. Decreto nº 7.053, 23 de dezembro de 2009, que institui a **Política Nacional para a População em situação de rua.** Brasília, 2009
- BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção**

à **Saúde no âmbito do SUS**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 32 dez., 2011.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. A Política de saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado junto à população em situação de rua**. Brasília-DF, 2012.

BOURGET, M. M. M. **O cotidiano do PSF: programa saúde da família: guia para o planejamento local**, 2005.

BOWLBY, J. (1990). **Apego e perda, Vol 1. Apego: a natureza do vínculo (2a ed)**. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1969)

BUARQUE, Cristovam. **Nós, escravocratas**. In: O Globo, Edição 30 de janeiro de 2003.

BURSZTYN, Marcelo. Vira- mundos e ‘rola-bostas’. In: BURSZTYN, Marcel (Org.). **No meio da rua: nômades, excluídos e viradores**. Brasília: Garamond, 2000. p. 230 – 258. _____.; ARAÚJO, Carlos. H. Da utopia à exclusão: vivendo nas ruas em Brasília. Rio de Janeiro: Garamond; Brasília: Codeplan, 1997.

CARNEIRO JUNIOR, N. et al. **A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos**. Saúde Soc., São Paulo, v. 19, n. 3, p. 709-716, 2010.

CARVALHO, G. **Saúde pública. Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 200-245, jan./mar., 2013.

CASTEL, R. (1991). **De l’indigence à l’exclusion, la désaffiliation: précarité du travail et vulnérabilité relationnelle**. In J. Donzelot (Org.), Face à l’exclusion – le modèle français (pp. 137-168). Paris: Esprit.

CASTEL, R. **A insegurança social: o que é ser protegido?** Petrópolis: Vozes, 2005.

CASTELLS, Manuel. **A questão urbana**. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1972.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. Vol I. 3. ed. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2000

CLARK, David. **Introdução à geografia urbana**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1991.

CUNHA, Marcela Silva. **O processo de trabalho em equipe e a produção do cuidado em saúde: desafios para a estratégia de saúde da família em Nova Iguaçu/RJ.** Dissertação de mestrado/ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2010.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na atenção básica.** São Paulo: Hucitec, 2005.

DAMATTA, Roberto. **A casa e a Rua: espaço, cidadania, mulher e a morte no Brasil.** 5 ed.-Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

DANTAS, S.; CABRAL, B.; MORAES, M. **Sentidos produzidos a partir de experiências de bad trip: drogas, prevenção e redução de danos.** *Saúde em Debate.* Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 539-550, jul./set. 2014.

DE CERTEAU, Michel. **The Practice of Everyday Life.** California, University of California, 1984.

ESCOREL, S. (1999). **Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social.** Rio de Janeiro: Fiocruz.

ESCOREL, S. (2009). **A Saúde das pessoas em situação de rua.** In Brasil, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. *Rua aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a população em situação de Rua* (pp. 45-58). Brasília: MDS.

ELIAS, Norbert; SCOTSON, John. **Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000.

FERNANDO BRAGA DA COSTA. **HOMENS INVISÍVEIS: RELATOS DE UMA HUMILHAÇÃO SOCIAL.** São Paulo: Editora Globo, 2004. 254 p. ISBN: 8525038911.

FERREIRA, W. B.. **Educação Inclusiva: será que sou a favor ou contra uma escola de qualidade para todos?** *Revista da Educação Especial*, 2005, p. 40-46.

FRANGELLA, Simone M. **Corpos urbanos errantes: uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo.** São Paulo: Anablume, Fapesp, 2009, pp. 361.

GOFFMAN, Erving. **Estigma - notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOTTIDIENER, Mark. **A produção espacial do espaço urbano.** São Paulo: EDUSP, 1993.

IPHAN, Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional. Brasília/DF 2014. Disponível em <http://portal.iphan.gov.br/pagina/detalhes/242>. Acessado em 15 de agosto de 2019.

KASPER, Christian Pierre. **Habitar a Rua.** Tese de doutorado apresentada ao Programa de Doutorado em Ciências Sociais da UNICAMP. Campinas, 2006, 239 p

LEFEBVRE, Henri. **O direito à cidade.** São Paulo: Centauro, 2001.

LEFEBVRE, Henri. **A revolução urbana**. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

LIMA, Carlos. **Enfermagem atual em Cursos**. 46. ed. Rio de Janeiro: Petrópolis, 2005.

MATTOS, Ricardo Mendes; FERREIRA, Ricardo Franklin **Quem vocês pensam que (elas) são? - Representações sobre as pessoas em situação de rua**. *Psicologia Social*, v.16, n.2, p. 47- 58. Ago 2004.

MELO, T. H. A. Gomes. **A Rua e a Sociedade: articulações políticas, socialidade e a luta por reconhecimento da população em situação de rua**. Curitiba: 2011. Dissertação mestrado em antropologia. Universidade Federal do Paraná. p.13

MINAYO, M.C.S de (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais). Resenha.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. 404 p.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2007.

MOURA JR.; CIDADE, XIMENES. **Concepções da Pobreza: reflexões a partir da Psicologia**, *Revista Psicologia – Teoria e Prática*, no prelo, 2012.

NASCIMENTO, Elimar Pinheiro do. **Os conflitos na sociedade moderna: uma Introdução Conceitual**. In: BURSZTYN, Marcel (Org.). *A difícil sustentabilidade: Política energética e conflitos ambientais*, 2001. p. 85-105.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. 2007.

PAIM, J; TRAVASSOS, C; ALMEIDA, C; BAHIA, L; MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. *Lancet*, 377: 1778–97, mai. 2011.

PRATES, J. C; PRATES, F. C; MACHADO, S. **Populações em situação de rua: os processos de inclusão e exclusão precárias vivenciados por esse segmento**. *Revista Temporalis*, v. 22, p. 191-215, 2012.

RAOULT, D. **Infection in homeless people**. *The Lancet Infectious Diseases*, Nova York (EUA), v. 12, n. 11, p. 822 – 823, 2012. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(12\)70186-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(12)70186-X/fulltext)>. Acesso em: 25 jul. 2019.

ROLNIK, Raquel. **O que é a Cidade**. São Paulo: BRASILIENSE S. A., 1988.

SAWAIA, Bader. **Introdução: exclusão ou inclusão perversa?** In: SAWAIA, Bader (Org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes, 2006a.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como Liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SCHUCH, Patrice. “**Aproximações com as Pessoas em Situação de Rua**”. In: UFRGS/LABORS. Relatório I de Pesquisa. POA, UFRGS, 2007.

SPOSATI, Aldaíza. **Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes**. In: _____. Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil. Brasília: MDS/Unesco, 2009.

SOBRAL, **Prefeitura de Sobral**, Sobral/CE. Disponível em <http://www.sobral.ce.gov.br/>. Acessado em 29 de julho de 2019.

SOUZA, H. M. **Entrevista com a diretora do Departamento de Atenção Básica-SPS/MS**. Rev. Bras. Enfermagem, v. 53, dezembro de 2000.

TONDIN, M. C.; BARROS NETA, M. A. P.; PASSOS, L.A. Consultório de rua: Intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. **Revista de Educação Pública**, Cuiabá, v. 22, n. 49/2, p. 485-501, 2013.

VARANDA, Walter and ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. **Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde**. *Saude soc.* [online]. 2004, vol.13, n.1, pp.56-69. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000100007>. Acesso em: 02 jun 2019.

WACQUANT, LOÏC. (1989), “**The puzzle of race and class in American society and social science**”. Benjamin E. Mays Monograph Series

APÊNDICE A - ROTEIRO 1 – PROFISSIONAIS DO CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1 – Fale como se dá o cuidado à pessoa em situação de rua nesse serviço (acesso, período, fluxo).

5 – Fale dos desafios na atenção a PSR.

APÊNDICE B - ROTEIRO 2 – PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA

1 – Fale como você faz para cuidar da sua saúde.

2 – Fale como é o seu atendimento no posto de saúde.

**APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE LEVANTAMENTO DOS USUÁRIOS
ATENDIDOS PELO CENTRO POP DE SOBRAL-CE.**

NOME DO USUÁRIO (INICIAIS): - _____

IDADE: _____ SEXO: _____ RAÇA: _____

NATURALIDADE: _____

ORIGEM: _____

ESCOLARIDADE: _____

TEMPO DE SITUAÇÃO DE RUA: _____

OCUPAÇÃO: _____

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro participante,

Solicitamos a sua participação em um estudo denominado **Saúde da Pessoa em situação de rua: percepção do cuidado na Estratégia Saúde da Família**, cujo o objetivo é compreender como se dá o cuidado da Estratégia Saúde da Família a partir da percepção da pessoa em situação rua.

Gostaria de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo recusar-se a autorizar tal participação, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo. Informo ainda que o momento será gravado e que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

É assegurada a assistência aos participantes durante toda pesquisa, bem como será garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que o Senhor (a) queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Francisco Anielton Borges Sousa, Psicólogo, mestrando do Programa de Pós Graduação em Saúde da Família e Francisca Denise Silva Vasconcelos, Socióloga e Docente do Programa de Pós – Graduação em Saúde da Família (UFC). O Senhor (a) poderá manter contato pelo telefone: (88) 99907-3436. Qualquer dúvida em relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê de Ética e Pesquisa que é localizado na Avenida Comandante Mauricélio Rocha Ponte, 150 - Derby, CEP: 62.041-040 - Sobral-Ce. Fone/Fax (88)3677-4255.

Francisco Anielton Borges Sousa

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, _____, fui informado (a) sobre o que o (a) pesquisador (a) acerca dos objetivos da pesquisa e porque precisa da minha colaboração. Por isso, eu concordo em participar da pesquisa, sabendo que não vou receber nenhum valor e que posso desistir da pesquisa assim que quiser.

Sobral, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do participante

ANEXO A



PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA

PARECER PROTOCOLO Nº 0035/2019

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do Projeto de Dissertação de Mestrado em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, campus Sobral, intitulado: Saúde da Pessoa em situação de rua: percepção do cuidado na Estratégia Saúde da Família, desenvolvido por Francisco Annelton Borges Sousa sob orientação da Profa. Dra. Francisca Denise Silva do Nascimento.

Na condição de instituição coparticipante do projeto supracitado, a Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral **AUTORIZA** a realização da pesquisa no Centro de Saúde da Família (CSF) do bairro Tamarindo, no centro de Sobral. A coleta de dados deverá ocorrer junto aos profissionais com formação universitária que atuam há mais de um ano no referido CSF, bem como pessoas em situação de rua acompanhadas pelo Centro POP, possíveis usuários do CSF Tamarindo, que atendam aos critérios de inclusão e exclusão apresentados no projeto.

Ressaltamos que esta autorização **NÃO** desobriga o pesquisador de solicitar anuência aos participantes da pesquisa, devendo aos que concordarem, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS, as quais, enquanto instituição proponente, nos comprometemos a cumprir.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Lembramos ainda que é de responsabilidade do pesquisador encaminhar a esta Comissão Científica cópia da pesquisa no prazo máximo de 30 dias após sua conclusão como compromisso na devolução dos resultados da pesquisa ao sistema local de saúde. Para tanto, utilize

Código de Validação: P985061554047096F

Emissão em: Sobral, 01 de Abril de 2019, às 16:31, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SIC

Este documento pode ser validado no endereço plataformausubola.ufc.br/portal/portal/validacao, através das informações acima.



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

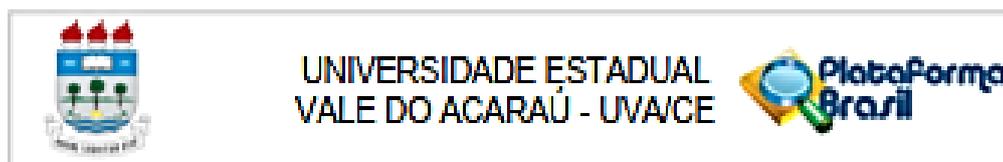
esta plataforma para o envio do arquivo em pdf.

Em caso de dúvidas sobre este parecer, contate-nos pelo telefone:
(88) 3614-5520 ou pelo e-mail: comissao.cientifica1@gmail.com

Sobral, 31 de Março de 2019

Prof. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Coordenadora da Comissão Científica

ANEXO B



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA: percepção do cuidado na Estratégia Saúde da Família

Pesquisador: Francisco Anielton Borges Sousa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 16829519.6.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.521.872

Apresentação do Projeto:

Projeto de Dissertação de Mestrado submetido ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – UFC. Trata-se de um estudo de natureza exploratória descritivo, com abordagem qualitativa. Irão participar da pesquisa profissionais do CSF Tamarindo e as pessoas em situação de rua que estiverem sendo acompanhados pelo Centro POP e com os vínculos familiares interrompidos e sem moradia convencional regular.

A coleta de dados, será realizada por meio de uma entrevista semi estruturada, norteada por cinco perguntas abertas para os profissionais do CSF Tamarindo e quatro perguntas as PBR.

Os objetivos e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) serão apresentados no dia da entrevista, todas serão gravadas sob a permissão dos sujeitos participantes. Para o levantamento do perfil dos usuários acompanhados pelo Centro POP o pesquisador aplicará um formulário. As informações serão analisadas por análise temática segundo Minayo (2010). No projeto consta a conformidade do estudo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere a pesquisas envolvendo seres humanos.

Os locais do estudo serão o Centro Pop do município de Sobral-Ceará, os Centros de Saúde da Família (CSF) do bairro Tamarindo. A pesquisa terá como participantes, pessoas que estão em situação de rua com vínculo familiar interrompidos e sem moradia convencional regular, sendo

Endereço: Av. Comandante Maurício Rocha Pente, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3877-4255 Fax: (88)3877-4242 E-mail: uva_comitedetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação de Parecer: 3.521.673

acompanhadas pela equipe do Centro POP e os trabalhadores de saúde que atuam no GSF do bairro Tamarindo. Os critérios de exclusão serão os trabalhadores que não estiverem nos serviços há pelo menos um ano e as pessoas em situação de rua que tenham algum suporte familiar, bem como não aceitarem participar voluntariamente da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender como se dá o cuidado na Estratégia Saúde da Família a partir da percepção dos profissionais da ESF e das pessoas em situação rua.

Objetivo Secundário: Traçar perfil da pessoa em situação de rua acompanhado pelo Centro de Referência a População de Rua do Município de Sobral-CE; Identificar os fluxos de atenção à saúde ofertado pelas equipes de saúde da família; Descrever o cuidado a partir da percepção do usuário atendido na ESF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa apresenta riscos mínimos relacionados ao possível constrangimento e desconforto que envolve a entrevista, os quais serão minimizados pela garantia de privacidade e sigilo das informações. O pesquisador, garante suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à sua saúde.

Benefícios: Os benefícios deste estudo são diretos e indelutavelmente interligados a compreender como se dá o cuidado da Estratégia Saúde da Família a partir da sua percepção. É assegurada a assistência aos participantes durante toda pesquisa, bem como será garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que o Senhor (a) queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide recomendações

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide recomendações

Recomendações:

Apresentou um projeto objetivo, bem escrito e delineado metodologicamente.

Ao final da pesquisa enviar a versão final para o Comitê.

Endereço: Av Comandante Maurício Rocha Pente, 150
Bairro: Derby CEP: 62.041-040
UF: CE Município: SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeticos@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação do Parecer: 3.521.872

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Vide recomendações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após a Finalização da Pesquisa enviar relatório final a este CEP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	FB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_1332203.pdf	03/07/2019 21:22:21		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	03/07/2019 21:21:57	Francisco annilton borges souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	03/07/2019 21:08:24	Francisco annilton borges souza	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	03/07/2019 21:08:11	Francisco annilton borges souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/06/2019 11:02:46	Francisco annilton borges souza	Aceito
Outros	APENDICE_C.pdf	26/06/2019 20:46:20	Francisco annilton borges souza	Aceito
Outros	APENDICE_B.pdf	26/06/2019 20:45:44	Francisco annilton borges souza	Aceito
Outros	APENDICE_A.pdf	26/06/2019 20:44:19	Francisco annilton borges souza	Aceito
Parecer Anterior	PARECER_SICC.pdf	26/06/2019 20:43:51	Francisco annilton borges souza	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	26/06/2019 20:43:14	Francisco annilton borges souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Comandante Neuroscílio Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comiteciencia@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação do Parecer: 3.521.873

SOBRAL, 21 de Agosto de 2019

Assinado por:
Marta do Socorro Melo Carneiro
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Comandante Maurício Rocha Pente, 158

Bairro: Derby CEP: 62.041-040

UF: CE Município: SOBRAL

Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitecetica@hotmail.com