

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

MÔNICA YUMI JARDIM DA SILVEIRA

**O CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA:
INVISIBILIDADE DAS AÇÕES INTERSETORIAIS NA CIDADE DE
SÃO CARLOS - SP.**

SÃO CARLOS

2016

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

MÔNICA YUMI JARDIM DA SILVEIRA

**O CUIDADO A SAÚDE DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA:
INVISIBILIDADE DAS AÇÕES INTERSETORIAIS NA CIDADE DE
SÃO CARLOS.**

Trabalho de conclusão de
mestrado apresentado à
Universidade Federal de São Carlos
para a obtenção do título de mestre
junto ao Programa de Pós-
graduação em Gestão da Clínica
Área de concentração Gestão da
Clínica
Orientação: Prof. Dr. Wagner dos
Santos Figueiredo.

SÃO CARLOS 2016

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S587c Silveira, Mônica Yumi Jardim da
O cuidado à saúde das pessoas em situação de rua :
invisibilidade das ações intersetoriais na cidade de
São Carlos - SP / Mônica Yumi Jardim da Silveira. --
São Carlos : UFSCar, 2016.
120 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de
São Carlos, 2015.

1. Pessoas em situação de rua. 2. Atenção à saúde.
3. Sistema único de saúde. 4. Populações vulneráveis.
I. Título.



FOLHA DE APROVAÇÃO

MÔNICA YUMI JARDIM DA SILVEIRA

**“O cuidado à saúde das pessoas em situação de rua: invisibilidade das ações
intersectoriais na cidade de São Carlos - SP”**

Trabalho de Conclusão de mestrado
apresentado à Universidade Federal de
São Carlos para obtenção do Título de
Mestre junto ao Programa de
Pós-graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 18/12/2015

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof. Dr. Wagner dos Santos Figueiredo - UFSCar

Prof.^a Dr.^a Ana Cristina Passarella Brêtas - UNIFESP

Prof.^a Dr.^a Luciana Nogueira Fioroni - UFSCar

Aos trabalhadores do Sistema único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social do município de São Carlos que participaram dessa pesquisa, proporcionando-me trocas ricas e de aprendizado sobre um trabalho tão desafiante que é o produzir cuidado às pessoas em situação de rua.

AGRADECIMENTOS

A toda turma e facilitadores do mestrado, com quem aprendi muito durante as aulas, em nossas produtivas discussões proporcionadas pela metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas;

Aos colegas de mestrado, Luís, Pedro, Nayara e Tarsila pelas diversas trocas e apoio mútuo;

Ao orientador prof. Wagner Figueiredo, pela disponibilidade, trocas e contribuições a este trabalho;

À Profa. Luciana Fioroni por aceitar o convite e contribuir tanto na qualificação quanto na defesa desta dissertação de mestrado;

À Profa. Ana Paula Malfitano pelas solidárias contribuições a esta pesquisa no momento inicial do projeto e pela contribuição importante na banca de qualificação;

À Profa. Ana Brêtas, pelo bom encontro na banca de defesa, por compartilhar sua rica experiência na área, pela delicadeza, o incentivo à minha continuidade na carreira enquanto pesquisadora, pela leitura atenta e contribuições importantes à pesquisa;

À secretaria de Saúde e à Secretaria de Assistência Social e Cidadania do município de São Carlos, por autorizarem a realização da pesquisa;

Aos meus pais, pelo apoio estrutural e orientações necessárias para que fosse possível concluir este trabalho;

Aos novos e velhos amigos que me acompanharam durante esse longo período de mestrado, oferecendo os mais diversos tipos de apoios para ser possível a concretização e conclusão deste trabalho. Em especial à Juliana Boldrin, querida amiga, pela troca de ideias importante para todo o processo da pesquisa e escrita da dissertação. E ao Estevão Daminelli, companheiro/amigo por toda ajuda, incentivo e suporte emocional;

Agradecimentos especiais à Julia Bayer, Letícia Menezes, Iraí Flor pela contribuição solidária à pesquisa na etapa da coleta de dados. Ao Joverson

Domingues pela leitura solidária da dissertação, contribuições e compartilhamentos de impressões.

RESUMO

Ainda é um desafio para a saúde pública brasileira a potencialização do seu Sistema Único de Saúde (SUS) de forma a possibilitar a toda população o acesso aos serviços de saúde, e o cuidado ser realizado com qualidade. O que inclui a dificuldade da população em situação de rua em acessar os serviços de saúde neste território nacional. Apesar dessa população ser numericamente maior em metrópoles, atualmente, mesmo em cidades de médio porte, tal como São Carlos, existem pessoas nessa condição, justificando-se a escolha do município enquanto campo de pesquisa. O presente trabalho teve como objetivo analisar as práticas de cuidado e concepções sobre a população em situação de rua no município de São Carlos, a partir da fala dos profissionais de saúde que a realizam. Tratou-se de uma pesquisa social, tendo como instrumento a entrevista semi-estruturada e os grupos focais com 16 profissionais de serviços de saúde do SUS que praticam o cuidado as pessoas em situação de rua e um representante do serviço especializado para População de Rua do Sistema Único de Assistência Social. Para analisar os dados, foi utilizada a técnica da análise de conteúdos. À luz do conceito de vulnerabilidade e artigos a respeito do SUS e o cuidado à População em Situação de Rua discutiu-se cinco grandes categorias de conteúdos extraídos da entrevista/grupos focais. Foram essas: concepções sobre a População em Situação de Rua; concepções sobre o cuidado à saúde da População em Situação de Rua; cuidado realizado à saúde da População de Rua; conhecimento sobre a rede e intersetorialidade; formação para os profissionais cuidarem da População em Situação de Rua. Nos comentários finais, discutiu-se que existe a necessidade de ocorrerem processos de educação permanente para os trabalhadores sobre os diversos aspectos intrínsecos ao cuidado à população de rua. E que as gestões municipais, estaduais e federais possibilitem as condições adequadas de trabalho para que este trabalho possa ocorrer com qualidade.

Palavras-chave: Pessoas em Situação de Rua; Atenção à Saúde; Sistema Único de Saúde; Populações vulneráveis.

ABSTRACT

THE HEALTH CARE OF INVISIBLE HOMELESS PEOPLE: HEALTH PROFESSIONAL CONCEPTS AND SOCIAL ASSISTANCE IN SÃO CARLOS, SP, BRAZIL.

The enhance of the Unified Health System (SUS) in this country is still a challenge for the Brazilian public health, in order to allow the health services access for the whole population, with a good care quality, which includes the difficulties that homeless people have to be cared at the health services in this national territory. Despite that aforementioned population is numerically greater in the metropolis, nowadays even at medium-sized cities, such as São Carlos, there are people in this condition, justifying this city's choice as the research field. This work aimed to analyze the caring practices and the conceptions of the homeless population in the city of São Carlos, from the speech of health professionals that work with that. Thereunto, social research methodology has been utilized, having as a tool the semi-structured interview, the focal groups with sixteen health services professionals from SUS who work with the health care for the homeless, and a representative of the specialized service for the homeless population from the Unified System of Social Assistance. For analyzing the data, the Content Analysis technique has been used. In the light of the vulnerability concept and articles about the SUS and the homeless population care, five major content categories were discussed, extracted from the interview/focal groups. These were: Conceptions about the homeless population; Conceptions about the homeless population's health care; Care provided to homeless population's health; Knowledge about the network and intersectoral approach; Training for professionals to take care of the homeless. It has been argued that there is a need to occur a permanent education process for the workers, about the multiple intrinsic aspects of the street population caring. And that the municipal, state and federal managements enable the adequate working conditions, so that this work may happen with quality.

Key-words: Homeless Persons; Health Care; Vulnerable Populations; Unified Health System.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO 1: A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	
1.1) A Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua.....	19
1.2) O cuidado à População em Situação de Rua no SUS.....	24
1.3) A População em situação de rua na cidade de São Carlos.....	30
1.4) Reflexões a respeito da População em Situação de Rua.....	33
CAPÍTULO 2: A VULNERABILIDADE NO CAMPO DA SAÚDE.....	
CAPÍTULO 3: OS CAMINHOS DA PESQUISA	
3.1) A Saúde Coletiva e a Pesquisa Social.....	43
3.2) Instrumentos.	
3.2.1)A entrevista.....	46
3.2.2) A técnica do Grupo Focal.....	46
3.2.3) Sobre o registro das informações.....	48
3.3) A análise de conteúdo.....	49
3.4) Participantes e locais pesquisados.....	50
3.5) Etapas da pesquisa.....	51
CAPÍTULO 4: RESULTADOS E DISCUSSÃO	
4.1) Concepções sobre a população em situação de rua	
4.1.1) Quem ela é?.....	53
4.1.2)Porque está nas ruas	
4.1.2.1)Questão social X opção de vida: uma falsa dicotomia.....	55
4.1.2.2)Migração ou a política do empurra- empurra.....	58
4.1.2.3) Saúde mental, álcool e outras drogas.....	59
4.1.3)A família e suas nuances.....	63
4.2) Concepção de cuidado à saúde da população de rua	
4.2.1)Características e formas de cuidado.....	66

4.2.2) Nem higienizadora nem assistencialista.....	67
4.2.3) É diferente atender à população em situação de rua?.....	69
4.2.4) Consultório na Rua e afins.....	71

4.3)Cuidado à saúde realizado pelos profissionais a População em Situação de Rua

4.3.1)Acesso e adesão.....	74
4.3.2)Vínculo profissional/morador de rua.....	76
4.3.3) Especificidades do trabalho do CAPS.....	78
4.3.4)Especificidades do trabalho do CREAS POP.....	79
4.5)Sugestões para melhoria do trabalho.....	81

4.4)Conhecimento sobre a rede e intersectorialidade

4.4.1.)O CREAS POP.....	81
4.4.2)O Albergue.....	83
4.4.3) As Unidades Básicas de Saúde.....	84
4.4.4)Saúde Mental.....	86
4.4.5) Demais serviços e a rede.....	88

4.6) Formação profissionais para atender pop rua.....	96
---	----

COMENTÁRIOS FINAIS.....	98
-------------------------	----

REFERÊNCIAS	104
-------------------	-----

ANEXO I.....	112
--------------	-----

ANEXO II.....	113
---------------	-----

ANEXO III.....	115
----------------	-----

ANEXO IV	117
----------------	-----

APRESENTAÇÃO.

Durante todo o processo do mestrado – o que inclui desde a arguição do projeto, passando pela apresentação da proposta em disciplinas, e também a qualificação da então dissertação parcial – foi frequente a pergunta: “mas o que a levou a escolher esse tema?”. Difícil seria propriamente explicar o porquê do meu interesse em estudar a população em situação de rua. Talvez possa dizer que a temática me chama a atenção por tratar de sujeitos que vivem de maneira bastante precária, parecendo esquecidos e invisibilizados em nossas cidades, e que, portanto necessitam de cuidado diferenciado. Porém, ao mesmo tempo, apresentam uma diferença expressiva com relação às pessoas com domicílio, em que se inverte a vivência do público e do privado, pois se torna pública a vida privada (MACERATA; SOARES; RAMOS, 2014).

Tendo em vista que tanto a questão da diferença, quanto a da injustiça e a miséria me mobilizam para o trabalho cotidiano e para as pesquisas acadêmicas, torna-se mais claro o meu interesse em pesquisar a temática.

Durante o curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva que realizei na cidade do Rio de Janeiro, aproximei-me de um serviço de saúde específico para o atendimento às pessoas em situação de rua do centro da cidade, o qual na época era chamado de ESF POP Rua (Estratégia de Saúde da Família para População em situação de Rua). Além de ter acompanhado cotidianamente o trabalho desse serviço durante dois meses, realizei minha pesquisa para a monografia¹ a respeito dos conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais que integram uma equipe multiprofissional da Estratégia de Saúde da Família para População em Situação de Rua sobre a Violência de Gênero (SILVEIRA; DANTAS-BERGER, 2012).

¹ Sendo um curso de pós-graduação, foi necessária a elaboração de uma pesquisa para o trabalho de conclusão de curso, nos moldes de uma monografia, tendo como proposta que fosse pesquisado alguma temática pertinente ao cotidiano de trabalho vivido durante o campo prático da Residência.

Assim, a partir desse primeiro contato com a temática da saúde e população em situação de rua em uma metrópole, e pesquisando um serviço de saúde destinado especificamente às pessoas moradoras de rua, surgiu o interesse em conhecer esse tipo de atendimento em um município de médio porte e sem um serviço de saúde com a proposta exclusiva de produzir a atenção a tal população. Dessa forma, frente a oportunidade em cursar o mestrado profissional em Gestão da Clínica da UFSCar, no município de São Carlos, elaborei o projeto de pesquisa escolhendo como sujeitos justamente os profissionais de saúde de serviços não específicos para o atendimento dos moradores de rua, mas que prestam esse atendimento.

Sendo o recorte temático da pesquisa a concepção dos profissionais de saúde e assistência social a respeito da população em situação de rua e o cuidado que realizam, não se incluiu uma investigação mais aprofundada do trabalho nos serviços de saúde, através da observação participante, por exemplo. Porém, avalio ter sido potente a pesquisa de campo, através da utilização de entrevista e grupos focais, por ter produzido importantes conhecimentos, a partir das diversas discussões a respeito da temática. Com isso, tenho expectativa de que este trabalho realmente possa contribuir para a qualificação do cuidado à População em Situação de Rua em São Carlos, criando pensamentos a respeito das práticas de saúde no município. Tarefa essa, da criação de pensamentos que por si só produz movimentações (ROLNIK, 2012), quiçá potencializadoras dos sujeitos participantes da política pública de saúde, sejam usuários, seja profissionais de saúde ou mesmo gestores.

Dessa forma, visando abranger as questões supracitadas, no primeiro capítulo será realizado um panorama a respeito da População em Situação de Rua, contextualizando-a histórica e politicamente. Ainda, será apresentado a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, tratando a relação da temática e o cuidado ofertado pelos serviços de saúde do SUS a essa população. Por último, serão apresentadas pesquisas a respeito da

População de rua no município de São Carlos, com isso retratando-se a história dessa população na cidade.

No segundo capítulo será discutido o conceito de vulnerabilidade apresentado por Ayres et al. (2005; 2006), tratando a respeito da história do conceito e dos fatores pertinentes ao desenvolvimento e sua aplicação/apropriação no campo da saúde.

No terceiro capítulo, será apresentada a metodologia da pesquisa, incluindo o embasamento teórico e os instrumentos utilizados. O capítulo será finalizado apresentando-se a técnica de análise aplicada, e a descrição das etapas da pesquisa propriamente dita.

No quarto e último capítulo, os resultados da pesquisa de campo serão apresentados e discutidos a luz do conceito de vulnerabilidade de Ayres et al. (2005; 2006) e de artigos sobre experiências brasileiras que refletem a respeito do cuidado à saúde da População em Situação de Rua, no Brasil e especificamente em São Carlos. Foram elaboradas seis categorias para fins de análise e discussão: 1) concepções sobre a população em situação de rua, 2) concepção de cuidado à saúde da população de rua, 3) cuidado à saúde realizado pelos profissionais a População em Situação de Rua, 4) conhecimento sobre a rede e intersetorialidade, 5) sugestões para melhoria do trabalho, 6) formação profissionais para atender pop rua.

Finalizo este trabalho sintetizando que a partir das conversas com os participantes, evidenciei a demanda de formação através de processos de educação permanente sobre o cuidado à saúde da População em Situação de Rua. E que, além disso, que existem uma série de aspectos das condições de trabalho que a gestão em suas três esferas de governo precisam ofertar melhorias, possibilitando os trabalhadores produzirem um cuidado integral à saúde das Pessoas em Situação de Rua.

INTRODUÇÃO

Avaliando os avanços alcançados na melhoria das condições de saúde da população brasileira, observa-se que permanecem existindo grandes desafios no processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre estes, está a consolidação dos princípios que norteiam a sua constituição, ou seja, a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde, os quais se fossem concretizados, haveria tanto o acesso aos serviços de saúde, como também a realização de um atendimento de qualidade para toda a população brasileira.

O cuidado à população em situação de rua é um dos nós críticos quando se discute as fragilidades de um atendimento universal, equitativo e integral no SUS. Afinal, ainda há dificuldade e/ou ausência de acesso e cuidado adequado nos serviços de saúde à População em Situação de Rua (CARNEIRO; SILVEIRA, 2003)

Dessa forma, pode-se afirmar que não há a efetivação plena do princípio da universalidade, equidade e integralidade do SUS, que constituem a lei 8080/90 (BRASIL, 2003). Com relação ao primeiro princípio, no artigo 196 da Constituição de 1988 consta que a saúde é um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988), e não somente para pessoas com endereço fixo, carteira de trabalho ou mesmo documento de identidade. Assim, trata-se por lei de um sistema de saúde que deveria atender a População em Situação de Rua, mas ainda existem muitos impasses para que isso ocorra, ou seja, feito com qualidade.

É fundamental pautar os princípios éticos do SUS (equidade, universalidade do acesso, integralidade do cuidado) para discussão da assistência à essa população sem domicílio, no sentido de contribuir para a garantia de seus direitos humanos. Em alguns casos, por exemplo, serviços de saúde não atendem à população em situação de rua, por não possuir qualquer documento de identificação pessoal, mesmo não sendo uma exigência

estabelecida nas legislações, portarias ou diretrizes do SUS. Sendo assim, como afirmam Rosa, Cavicchioli e Bretas (2005) e Aguiar e Iriart (2012) para que seja garantido o acesso e a integralidade da atenção à saúde a essa população as unidades de atenção básica devem relativizar as exigências dos documentos.

Porém, esse não é o único motivo para a População em Situação de Rua não ter acesso aos serviços de saúde. E mesmo nos casos em que é atendida, questiona-se: de que forma isso ocorre? Será que consiste em um atendimento dialogado com as demandas e necessidades dessas pessoas? Quais tipos de cuidados são produzidos se essas pessoas forem estigmatizadas - como mendigas, *crackudas*², trombadinhas, pobres coitadas? E, finalmente, como têm sido as práticas de saúde no e do SUS para cuidar dessa população?

No Brasil, ocorreu mobilização popular reivindicando os direitos humanos das pessoas em situação de rua, incluindo a reivindicação por um cuidado integral à saúde dessa população. Fato que culminou na construção da Política Nacional para a Inclusão da População em Situação de Rua (BRASIL, 2008a), junto a órgãos governamentais. Além disso, houve experiências no SUS de atendimento à população de rua, em sua maioria nas capitais dos estados brasileiros, mas também em cidades de médio porte, tal como em Londrina (ARISTIDES; LIMA, 2009).

Com relação às experiências de serviços de saúde na cidade de São Carlos, nos estudos encontrados sobre a população em situação de rua do município em questão (OLIVEIRA, 2011), (MARTINEZ, 2008), (GARCIA et al., 2008), (BARBOSA, 2008), (SILVA; HERRERA, 2008), (SARTORI; GRANADO; SANO, 2008) foi apenas mencionado que existem serviços de saúde atendendo a essa população, porém não sendo abordado sobre esse cuidado à saúde da População de Rua pelo SUS. Sendo assim, questiona-se: de que forma ocorrem esses atendimentos? Será que os profissionais de saúde que cuidam dessa população em situação de rua conseguem incluir uma prática que considere suas especificidades? E ainda, em quais serviços de saúde essa população é

² O termo *crackudo* é nome popular pejorativo dado ao usuário de crack.

atendida, frente ao fato de que no município não existiu e nem há qualquer equipamento específico da saúde para o cuidado à população em Situação de Rua? Existe uma rede de serviços prestando esse cuidado?

Tendo em vista a problemática exposta, o objetivo desta pesquisa foi analisar as práticas de cuidado e concepções sobre a população em situação de rua no município de São Carlos, a partir da fala dos profissionais de saúde que as realizam.

O ponto de partida para se pensar as questões delimitadas enquanto objetivos do estudo foram os seguintes questionamentos: como é realizado e pensado o atendimento à saúde a essa população? Quais são as dificuldades? Quais são as potencialidades desse trabalho? O que se identifica ser necessário compreender para aprimorar esses atendimentos no sentido da integralidade do cuidado à saúde? Quais ações intra e intersetoriais poderiam ser realizadas de modo a construir um cuidado em rede para a população, como preconiza a Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua (PNPSR)?

A partir do contato com os profissionais de saúde e assistência social buscou-se conhecer os posicionamentos, as percepções e os pensamentos em relação ao cuidado das pessoas em situação de rua. Além disso, houve o intuito de problematizar esse atendimento, buscando produzir uma movimentação de pensamentos nos profissionais de saúde das Unidades de Saúde a respeito dessa questão.

A importância da problemática a ser pesquisada consiste na necessidade de atendimento à pessoas em situação de rua, consideradas vulneráveis, sendo marginalizadas e muitas vezes excluídas dos Serviços do SUS (ROSA; BRETAS, 2005), (AGUIAR; IRIART, 2012). Alguns dados corroboram para a afirmação de que se trata de uma população vulnerável: quando comparada à população geral, a população em situação de rua tem seis vezes mais chances de gestações, 30 vezes mais risco de desenvolver alcoolismo e 57 vezes mais chances de contrair tuberculose (CARNEIRO; JESUS; CREVELIM, 2010). Além disso, que o HIV/AIDS, a hepatite e a tuberculose, têm uma incidência de 60 vezes mais na população em situação de rua do que com relação ao resto da

população (PROENÇA, 2011). Dessa forma, é preciso ter um olhar, um cuidado e acompanhamento dessas pessoas que estão na condição da vulnerabilidade justamente pelo conjunto de privações a que estão submetidas.

Nos últimos dois anos, após a publicação das portarias 122 (que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua) e 123 (que estabelece os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua por Município) de 25 de janeiro de 2012 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b) o governo federal, estaduais e municipais têm investido na implantação de serviços que atendem à essa população de forma específica. Entretanto, trata-se de experiências ainda incipientes, em que existem poucos e recentes equipamentos implantados. O que possivelmente faz ser preciso inventar o processo de trabalho de maneira a proporcionar um cuidado que dialogue com as necessidades das pessoas moradoras de rua.

Trata-se de uma difícil tarefa, devido à complexidade e o número reduzido de materiais e oficinas a respeito desse tipo de atendimento. Apesar da publicação do “Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua” (BRASIL, 2012c), isso não garante a apropriação da discussão/práticas propostas pelos profissionais de saúde do SUS. Assim, a produção de materiais bibliográficos a respeito do assunto tem o potencial de contribuir para a prática dos profissionais de saúde, nesse sentido sendo relevante a presente pesquisa.

Especificamente a respeito da problemática na cidade de São Carlos, enfatiza-se a importância em pesquisar sobre a população em situação de rua como uma forma de proporcionar visibilidade a essas pessoas, assim como a contribuir para que o poder público garanta seus direitos básicos. A questão da invisibilidade dos moradores de rua foi retratada por Sartori, Granado e Sano (2008), que, além disso, discutem a questão da aparente contradição social da miséria e o fato do município ser reconhecido como polo tecnológico do país :

"O Município de São Carlos situado no interior do Estado de São Paulo é considerado um polo de produção do conhecimento tecnológico e do

desenvolvimento. Entretanto, possui um número significativo de pessoas em situação de rua, que acaba refletindo um paradoxo: mesmo diante das teias do progresso, existe um grupo em situação de risco e de vulnerabilidade extrema, demonstrando um esfacelamento das relações sociais. A invisibilidade social do grupo em estudo parte tanto sociedade (que ignora ou desconhece as reais necessidades), quanto do Poder Público (que não garante seus direitos básicos)" (SARTORI; GRANADO; SANO, 2008, P.122)

Na fase exploratória da pesquisa obtive informações através de responsáveis pela Divisão de Políticas e Atendimento à População em Situação de Rua do município, de que não há uma política de saúde específica para essas pessoas (tais como Consultório na Rua ou qualquer Unidade de Atenção Básica com atendimento planejado a essa população). Afirmação que foi corroborada pelos estudos supracitados, a respeito da população de rua em São Carlos. Entretanto, um dos estudos (SILVIA; HERRERA, 2008) apresentou que essa população é encaminhada para as Unidades Básicas de Saúde, dessa forma havendo um cuidado realizado, mas que não foi descrito ou aprofundado no mesmo artigo.

Dessa forma, justifico ser necessário conhecer como é realizado o cuidado dessa população em São Carlos, buscando produzir pensamentos que contribuam na potencialização das estratégias utilizadas. Assim, o presente trabalho procurou contribuir para o aprimoramento do atendimento a essa população por profissionais de uma Unidade Básicas de Saúde no município de São Carlos. Visou problematizar o processo de trabalho, no intuito de colaborar para uma assistência à saúde pautada nas necessidades dessa população, como preconiza a Política Nacional de Inclusão a População em Situação de Rua (BRASIL, 2008a).

CAPÍTULO 1: A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

1.1) A Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua

No intuito de contribuir para a transformação da exclusão social, no ano de 2007 e 2008 os movimentos sociais de População em Situação de Rua realizaram no Brasil dois Encontros Nacionais a respeito desta problemática. Tais eventos surgiram frente ao reconhecimento de que havia uma necessidade de políticas focadas ao enfrentamento das difíceis condições de vida dessa população. E, além disso, para “que superassem abordagens socialmente higienizadoras ou assistencialistas – que, em última instância mantém na invisibilidade as reais necessidades desta população” (AGUIAR; IRIART, 2012, p.116).

Impulsionados por tais Encontros e pela organização atuante do Movimento Nacional de População em Situação de Rua, em 2008 foi instituída a ‘Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua’ (PNPSR) (BRASIL, 2008a). Na formulação das diretrizes desta política participaram diversos atores sociais, dentre eles, representantes do Ministério da Justiça, Ministério do Desenvolvimento, do Combate a Fome, da Secretaria Especial de Direitos Humanos e Defensoria Pública da União, do Movimento Nacional de População de Rua (MNPR), da Pastoral do Povo da Rua e pelo Colegiado Nacional dos Gestores Municipais da Assistência Social (BRASIL, 2008a).

Muitos dos princípios já presentes tanto na Constituição Federal Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988) quanto na Lei 8080/90 do SUS (BRASIL, 2003) constam novamente na PNPSR. Como por exemplo, da equidade e da universalidade (BRASIL, 2003) constando na constituição que a saúde é direito de todos devendo o Estado garantir o acesso universal e igualitário aos serviços e ações nesse âmbito (BRASIL, 1988). Porém, na PNPRS houve a necessidade de reafirma-los especificando-se a demanda da população em situação de rua,

por estes direitos não estarem concretamente garantidos, o que fica evidente ao constatar-se que estas pessoas são estigmatizadas, sofrem preconceitos, e assim, na condição da vulnerabilidade social e programática. Visando superar essa severa marginalização, consta na PNPSR:

“(...) promoção e garantia da cidadania e dos direitos humanos; respeito à dignidade do ser humano, sujeito de direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais; direito ao usufruto, permanência, acolhida e inserção na cidade; não discriminação por motivo de gênero, orientação sexual, origem étnica ou social, nacionalidade, atuação profissional, religião, faixa etária e situação migratória; supressão de todo e qualquer ato violento e ação vexatória, inclusive os estigmas negativos e preconceitos sociais em relação à população em situação de rua” (BRASIL, 2008a, p.14).

Além disso, no documento da Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua é apresentada uma caracterização extensa da População, e discute-se que devido à diversidade que a compõe, é difícil caracterizá-la. Apesar disso, uma das possibilidades é a utilização do termo ‘População em Situação de Rua’ ao invés de ‘população de rua’, adotando uma abordagem que considera transitória a situação de moradia nas ruas. Ou seja, que é possível a mobilidade social dessas pessoas e que transitam, entre a rua, abrigos, casas de conhecidos, dentre as diversas possibilidades (AGUIAR; IRIART, 2012). Outra característica é quanto a possuir ou não um endereço fixo. As pessoas moradoras de rua que possuem, geralmente ficam na rua durante a semana, pois no local de seu endereço fixo há pouca ou nenhuma oferta de trabalho (BRASIL, 2008a).

Outra possibilidade de descrição é através dos grupos populacionais que compõem essa população: os migrantes, os desempregados, os egressos dos sistemas penitenciários e psiquiátricos, os “trecheiros” – pessoas que transitam de uma cidade a outra - dentre outros (BRASIL, 2008a).

De forma geral, a população se concentra nos grandes centros urbanos, pois é onde há uma grande quantidade de recursos, serviços e possibilidades (BRASIL, 2008a). Mas isso não significa que os moradores de rua sejam inexistente nas cidades de pequeno e médio porte, tal como no município de São Carlos, o que foi mostrado no trabalho de Martinez (2008), Silva e Herrera (2008) e Oliveira (2011).

Dentre as diretrizes da PNPSR, destaca-se a necessidade de implementação e a estruturação de serviços públicos – de saúde, assistência social, educação, habitação, geração de renda e emprego – de modo a formarem uma rede integral de proteção a população em situação de rua. No mesmo sentido, da importância dos diversos setores, as *ações estratégicas* propostas no documento da PNPSR estão relacionadas às áreas da Saúde, Habitação, Assistência Social, Direitos Humanos, Trabalho e Emprego, Educação, Segurança Alimentar e Nutricional e Cultura (BRASIL, 2008a).

Especificamente com relação à área da saúde, na PNPSR destacam-se as ações propostas: o garantir atendimento integral, a participação social e o acesso aos serviços do SUS; e a inclusão no processo de Educação Permanente em Saúde³ dos gestores e trabalhadores (havendo ênfase na importância nas formações das equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), dos agentes comunitários de saúde e dos operadores do Sistema Nacional de Ouvidoria), sobre as demandas específicas da população em situação de rua (BRASIL, 2008a).

Para realizar uma caracterização mais detalhada sobre essa população, foi realizada a “Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua” sendo iniciada em agosto de 2007 e finalizada em março de 2008 (BRASIL, 2008b). Foram coletados dados em 71 municípios do Brasil, encontrando 31.922

³ Por Educação Permanente em Saúde (EPS), compreende-se uma prática de ensino-aprendizagem para os trabalhadores dos serviços de saúde em que se parte do conhecimento prévio destes, problematizando questões do cotidiano de trabalho com a finalidade de pensar e criar possibilidades de ações para tais problemas/dificuldades recorrentes nas instituições de saúde (CECCIM, 2005).

adultos em situação de rua, assim não sendo ainda um censo, mas uma fotografia do grupo da População em Situação de Rua do Brasil (VALÊNCIO et al., 2008).

Os resultados considerados mais pertinentes dessa “Pesquisa Nacional” são os seguintes: a maioria da população é de homens (82%), da faixa etária dos 25 a 44 anos (53%), declarando-se como pardos (39%) e pretos (28%). Esse último dado é importante de ser comparado com a declaração de raça no censo da população em geral, em que apenas 6,2% afirmaram ter cor preta, o que mostra a alta porcentagem de negros na população em situação de rua.

Os motivos encontrados para estar na rua foram: o alcoolismo e/ou uso de drogas (35%); o desemprego (30%) e as desavenças com familiares (29%). Entretanto, é preciso considerar que 71,3% citaram pelo menos um desses três motivos, estando os sujeitos em situação de rua devido a mais de uma dessas causas simultaneamente (BRASIL, 2008a).

Outra pesquisa, realizada sobre a população em situação de rua no município de São Paulo, apresenta um enfoque mais amplo a respeito dos motivos para pessoas viverem nas ruas. Para além do desemprego e do abuso de drogas, inclui como causa a doença mental, vontade própria, a falta de moradia, o aumento da miséria frente a política econômica recessiva brasileira. E, considera que a trajetória da maioria é constituída de uma sequência de fatos, fracassos pessoais e desamparo institucional (ROSA; CAVICCHIOLI; BRETAS, 2005).

Sobre o tipo de trabalho que exerce, a maioria (71%) relatou realizar atividade remunerada (catador de materiais recicláveis, flanelinha, limpeza, construção civil, carregadores), sendo que apenas 2% têm vínculo empregatício de CLT. Dessa forma, ao contrário do estigma que lhes é atribuído, apenas 16% pede dinheiro como forma de sobrevivência (BRASIL, 2008a).

Quanto aos problemas de saúde cerca de 30% afirmaram apresentar alguma doença. Os agravos mais citados foram: hipertensão (10,1%), problema psiquiátrico/mental (6,1%), HIV/AIDS (5,1%) e problemas de visão/cegueira (4,6%). Esse dado contribui para fundamentar a decisão do Ministério da Saúde

de estabelecer o Consultório na Rua como equipamento de saúde específico para as Pessoas em Situação de Rua, ao invés dos Consultórios de Rua. Afinal, nota-se que os agravos mais citados aqueles que devem ser cuidados em serviços da Atenção Básica à Saúde, e não somente em serviços de Saúde Mental (BRASIL, 2008a).

De acordo com o site da Organização Não Governamental ‘Fundo Global’, as iniciativas de efetuação das Políticas Públicas para população de rua e demais populações vulneráveis, ganharam um importante respaldo político no dia 06 de julho de 2011, quando o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução 444 (BRASIL, 2011a). Esta propõe importantes medidas para aperfeiçoar o controle da tuberculose no Brasil e sendo as populações socialmente vulneráveis as principais atingidas pelo agravo, é enfatizada a urgência em:

“(...) desenvolver ações e estratégias que considerem as necessidades das comunidades empobrecidas, da população negra, da população em situação de rua, população privada de liberdade e comunidades indígenas e pessoas vivendo com HIV/AIDS” (BRASIL, 2011a, p.1).

Através de tais políticas e esforços da população para efetivação das ações propostas, espera-se que cada vez mais sejam ampliados e invistam nesses trabalhos que priorizam os princípios da equidade e de universalidade do SUS. E, ainda, para além de um investimento focado na redução da incidência e prevalência de doenças, é preciso que o Estado se comprometa com esses *sujeitos* em situação de rua, os compreendendo enquanto sujeitos de direito, lhes garantindo o que é direito, como está previsto na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Afinal, como afirmam Rosa, Cavicchioli e Bretas (2005), de forma geral a População em Situação de Rua ou é ignorada ou é tratada como objeto de tutela do Estado, da filantropia privada ou da caridade das igrejas. Dessa forma, sendo escassos os cuidados que potencialmente contribuem para a autonomia desses sujeitos, e que poderiam alterar essa trajetória em que ficam em situação de rua.

Tendo isso em vista, algumas iniciativas no SUS buscam transformar esse cenário, ainda que timidamente, como veremos a seguir.

1.2) O cuidado à População em Situação de Rua no SUS.

Diante das dificuldades de acesso e considerando as especificidades do cuidado em saúde as pessoas em situação de rua, foram surgindo experiências de atenção à saúde dessa população. Porém, antes da criação dos Consultórios de Rua - o primeiro serviço do SUS destinado exclusivamente a cuidar da saúde da população de Rua - é importante relatar a respeito de uma experiência que foi fundamental para pensar uma das dimensões do cuidado a essa população: a experiência da Redução de Danos.

A Redução de Danos pode ser descrita como uma política e uma prática de saúde pública composta por diversos procedimentos destinados a atenuar prejuízos à saúde causados pelo consumo de droga (LANCETTI, 2011). É uma estratégia em que se busca a força do sujeito partindo de sua autonomia, e como disse Lancetti (2011):

“no sentido de buscar conhecê-lo na sua singularidade, sem catalogá-lo nem classificá-lo segundo o tipo de droga que consome, e buscam gerar um tipo de relação, de experiência, que gere também uma mudança na relação desses sujeitos com a vida e também com as drogas” (LANCETTI, 2011, p.66).

Para isso, valorizam-se as vitórias cotidianas dessas pessoas - ao invés de focar-se em seus fracassos como costumam fazer através das estratégias de abstinência - assim, trabalhando no sentido potencializar os sujeitos, acreditando na capacidade de produção, de criação de si, consistindo no que Rolnik (2011) chamaria de movimento de defesa e expansão da vida!

Discorrendo a respeito do histórico da estratégia de Redução de Danos no SUS brasileiro, tais experiências iniciaram na cidade de Santos nos anos 1990, através com a distribuição de seringas entre usuários de drogas injetáveis

(em sua maioria cocaína e heroína). Isso foi realizado com o intuito de reduzir o contágio de doenças transmissíveis por contato sanguíneo e se aproximar dessas pessoas facilitando a construção de vínculo, a partir do momento em que primeiro as cuidar ao invés de julgá-las. A experiência gerou polêmica, sendo feita em clima de confronto e de “radical postura em favor da defesa e da afirmação da vida” (LANCETTI, 2011, p.79), sendo uma ação contra-hegemônica, que “enfrentou forte resistência da mídia local, das forças conservadoras da cidade e do Ministério público” (LANCETTI, 2011, p.79). Tanto que os gestores responsáveis pela implantação dessa política – David Capistrano Filho, Secretário Municipal de Saúde da época e Fabio Mesquita, coordenador de AIDS do município – foram processados sob a acusação de incitar o uso de drogas ilegais, o que fez a experiência ser interrompida por ordem judicial.

Entretanto, passado esse momento inicial de resistência pelo setor conservador da população, como a prática mostrou êxito em diversas experiências, foi reconhecida pela OMS em 1993. Atualmente é uma das diretrizes das Redes de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011c) e também da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011b).

Assim, a experiência da Redução de Danos, e também da Organização Não Governamental Francesa 'Médicos do Mundo com pessoas em situação de vulnerabilidade social', inspiraram o psiquiatra Antonio Nery na década de 1990 a implantar no município de Salvador (BA) o primeiro serviço do que chamou de Consultório de Rua. No modelo original deste equipamento de saúde, a equipe era composta pelos seguintes profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeira, técnico de enfermagem, motorista e dois “oficineiros” – profissionais que ministravam oficinas artístico-culturais e trabalhavam na perspectiva da redução de danos, visando contribuir para conscientização da população atendida quanto ao uso de drogas (PROENÇA, 2011).

A partir da consolidação dessa experiência pioneira e do reconhecimento de sua importância pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) do Governo Federal no ano de 2009, houve ampliação da implantação dos

Consultórios de Rua. Tal cenário foi o seguinte: três municípios da Bahia, nos estados do Espírito Santo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e no Distrito Federal, tendo cada serviço seu processo de trabalho específico e diversificado (PROENÇA, 2011).

Em paralelo, ocorriam experiências brasileiras na Atenção Básica à Saúde de atendimento à população adulta em situação de rua, sendo seus relatos encontrados em alguns estudos (CARNEIRO et al., 1998), (CARNEIRO; SILVEIRA; 2003), (CARNEIRO et al., 2006), (CANONICO et al., 2007), (SOUZA; SILVA; CARICARI, 2007), (CARNEIRO; JESUS; CREVELIM, 2010) e que serão mencionadas a seguir.

O Centro de Saúde Escola da Barra Funda no município de São Paulo, na década de 1990 passou a estender seu atendimento aos moradores de rua, além das demais pessoas do território adstrito, (CARNEIRO et al., 1998). Posteriormente, a localidade teve modificações populacionais de forma a tornar-se necessária mais uma ampliação do público atendido: às profissionais do sexo, os migrantes em situação irregular no país, entre outros que não se adequavam ao critério 'morador ou trabalhador da área' e que anteriormente eram somente atendidos em serviços de saúde de Pronto Atendimento. Outra característica inovadora desta experiência foi a destinação de vagas para a demanda espontânea dos ditos marginais, reconhecendo que possuíam urgências e organizações cotidianas específicas, muitas vezes não conseguindo comparecer à consultas agendas. Assim, buscando garantir assistências emergenciais de atenção básica a essa população sempre que necessitassem (CARNEIRO; SILVEIRA, 2003).

Em outra pesquisa a respeito do mesmo serviço de saúde, os autores afirmam sobre a importância em visibilizar a população de rua, considerando estratégico para isto os serviços de Atenção Primária à Saúde, articulando com outros serviços que abarquem as demais necessidades destas pessoas. Consideram que esta UBS da Barra Funda, sendo porta de entrada na Atenção Primária à Saúde específica para a população em situação de rua, possibilita a equidade do acesso. Porém, para isso outras ações se fazem necessárias: a

flexibilização do horário de entrada na unidade e realizar o atendimento sem necessidade de agendamento prévio (CARNEIRO et al., 2006).

Sendo o cuidado aos moradores de rua historicamente feitos por albergues, casas de convivências e cuidados, o setor saúde do município de São Paulo, passou a institucionalmente fazer parte do atendimento à População em Situação de Rua com o Projeto da Secretaria Municipal de Saúde 'Gente na Rua' no ano 2004. O contexto político desse surgimento na cidade foi a manifestação do Dia Nacional de Luta da População em Situação de Rua em junho do ano anterior, organizado por representações da população e sendo o direito à saúde uma das reivindicações do movimento social. O objetivo do projeto era “garantir uma atenção integral às necessidades dessa população, com enfoque importante na emancipação destes” (SOUZA, SILVA, CARICARI, 2007, p.812), além de possibilitar o acesso aos serviços de saúde.

Para implantação do projeto se contratou Agentes Comunitários de Saúde que preferencialmente tivessem morado nas ruas em sua trajetória de vida, para cadastrar a População em Situação de Rua (moradores de rua e albergados) do território das Unidades Básicas de Saúde (CARNEIRO et al., 2006). Poucos meses após o início, o “Gente na Rua” foi implantado em sete UBS de três regiões (Sé, Mooca e Pinheiros), contendo onze Agentes Comunitários de Saúde e uma enfermeira. Estabeleceu-se como responsabilidades do ACS: 1) acompanhar cerca de 200 pessoas no local em que elas vivem, as vinculando realizando com as UBS para que acessassem a Unidade quando necessitassem de cuidados; 2) todas as ações usualmente realizadas para usuários de Unidades de Saúde da Família (CARNEIRO; JESUS; CREVELIM, 2010).

Uma das Unidades Básicas de Saúde participantes do projeto Gente na Rua foi o Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza, através de uma equipe composta por três Agentes Comunitários de Saúde de Rua (ACSR) e uma enfermeira, sendo que o trabalho era desenvolvido em conjunto com as enfermeiras desta Unidade Básica de Saúde. Em tal experiência, o fluxo de acesso aos serviços de saúde ocorria de três formas: 1) da demanda espontânea dos usuários que chegavam diretamente ao serviço; 2) do

encaminhamento à Unidade de Saúde pelo ACSR após acolher o usuário na rua e identificar alguma demanda de saúde; 3) encaminhamento ao Centro de Saúde realizado por profissionais dos equipamentos sociais da região que atendiam a essa população (CANÔNICO et al., 2007).

No final do ano de 2009 foi ofertado aos municípios o financiamento federal para as equipes de Consultórios de Rua, pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde⁴ através de seleção por edital público (BRASIL, 2009), sendo credenciados em portarias municipais e/ou estaduais como um serviço da Atenção Especializada. Este projeto durou pouco tempo, frente a diversas discussões dos movimentos sociais e órgãos governamentais gerando o entendimento do Ministério da Saúde de que o cuidado à saúde da População em Situação de Rua deve ter como porta de entrada um serviço da Atenção Básica à Saúde, assim como o é para toda a população. Afinal, a pesquisa nacional censitária sobre a população em situação de rua realizada no ano de 2008, havia mostrado que as necessidades de cuidados à saúde dessas pessoas eram mais amplas do que somente as questões relacionadas ao sofrimento mental. Incluindo muitas demandas que devem ser atendidas em serviços de Atenção Básica à Saúde, tais como curativo de feridas e tratamento de tuberculose (BRASIL, 2008a).

O novo equipamento de saúde específico para o atendimento as pessoas em situação de rua foi denominado de Consultório na Rua, sendo um serviço da Atenção Básica à Saúde vinculado diretamente à uma Unidade Básica de saúde, havendo diretrizes para esse serviço, assim como critérios para organização do trabalho e funcionamento de equipes (BRASIL, 2012a; 2012b). De forma geral, o processo de trabalho das equipes de Consultório na Rua deve operar da seguinte forma:

⁴ O Consultório de Rua, era em um serviço da especialidade da saúde (o que em um referencial agora um pouco obsoleto, poderia ser chamado de nível secundário de atenção à saúde). Já o Consultório na Rua é um serviço da Atenção Básica (do que era chamado de nível primário de atenção à saúde) e está necessariamente vinculada à uma Unidade Básica de Saúde.

“ [Realizar] A busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas; atividade em loco, de forma itinerante desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade dos usuários” (BRASIL, 2012a, p.1).

Além disso, a portaria 122 do Consultório na Rua define três modalidades do serviço, cada qual com composições de equipes distintas, variando o número de profissionais de nível superior e médio que a compõem e a presença ou não do médico, tendo custeio mensal de acordo com essa quantidade e categoriais profissionais (por exemplo: a modalidade I contém menor número de profissionais e não tem médico, logo o custeio é menor do que a da modalidade III, que tem maior número de profissionais e um médico). E estabelece as categorias profissionais que podem compor a equipe do Consultório na Rua: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal, e agente social (que pode ser um Agente Comunitário de Saúde) (BRASIL, 2012b).

Atualmente, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Sistemas de Saúde (BRASIL, 2014) existem 83 equipes de Consultório na Rua com financiamento do governo federal. Estão distribuídas em 17 estados brasileiros (Acre, Alagoas, Bahia, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo) e no Distrito Federal.

No município de São Paulo, as equipes de saúde da família que atendiam à população de rua tornaram-se equipes de Consultório na Rua a partir de agosto de 2013. Afirma a enfermeira de uma destas equipes que o vínculo é a maior ferramenta para produzir o cuidado à população de rua, pois possibilita o

cuidado integral, ao invés de simplesmente administrar uma medicação, ação esta que não garante a saúde do sujeito (MELO, 2014).

Outra característica importante das equipes de Consultório na Rua é a necessidade de articulação em uma rede de serviços – CAPS AD, Assistência Médica Ambulatorial (AMA), serviços especializados ao cuidado de HIV e DST, Unidades de Acolhimento, grupos e Alcoólicos Anônimos - para onde se pode encaminhar os usuários quando são necessários os atendimentos especializados. Porém, neste processo realizando um cuidado compartilhado entre as equipes de Consultório na Rua e os serviços de especialidade, ao invés das primeiras praticarem o encaminhamento em que se desresponsabiliza pelo cuidado dos usuários (MELO, 2014).

1.3) A População em situação de rua na cidade de São Carlos.

O município de São Carlos localiza-se no centro geográfico do estado de São Paulo, com um território de 1.132 km² com apenas 6% dessa área total urbanizada, uma população de aproximadamente 260 mil habitantes e alto IDH de 0,805 (São Carlos, 2016). É considerada um polo de tecnologia devido à presença de duas universidades públicas (Universidade de São Paulo – USP; Universidade Federal de São Carlos) que possuem diversas pesquisas nesse campo. E também, por haver grandes indústrias na cidade tais como a Volkswagen, Tecumseh, Faber Castell, Electrolux, empresas têxteis, de embalagens, de máquinas, tintas, lavadoras, equipamentos ópticos e uma grande quantidade de indústrias médias e pequenas de variados setores de produção (São Carlos, 2016).

Com relação a rede de saúde, a cidade contém dois hospitais de atendimento público (sendo um hospital escola federal e o outro uma santa casa de misericórdia, sendo filantrópica), um ambulatório oncológico, um centro de especialidades multiprofissionais, um centro de especialidades odontológicas, três Unidades de Pronto Atendimento (UPA), dois serviços especializados de

saúde mental (CAPS II, CAPS AD II), doze Unidades Básicas de Saúde tradicional, e quize Unidades de Saúde da Família (São Carlos, 2016).

Apesar de ser uma cidade de médio porte, com alto nível de desenvolvimento tecnológico, no ano de 2008 estimava-se haver em São Carlos um contingente de 105 pessoas em situação de rua (SILVIA; HERRERA, 2008). Os registros dos dados sobre essa população apresentam que a maioria tinha faixa etária de 20 a 59 anos de idade, e era do sexo masculino. Apesar de muitos deles terem família na cidade, outros eram originários do interior do estado de São Paulo, do estado do Rio de Janeiro, Goiás, Mato Grosso e Maranhão. Com relação aos migrantes, a maioria era proveniente do interior de São Paulo, diferentemente do imaginário social de que todos os migrantes (principalmente em municípios paulistas) são nordestinos. Os principais pontos de concentração dessas pessoas no município São Carlense eram as praças, rodoviárias e estação de trem (MARTINEZ, 2008), (GARCIA; CARVALHO; MARTINEZ; ZANETTI, 2008), (BARBOSA, 2008).

Através de pesquisa etnográfica em que se conviveu com essa população de rua em São Carlos, encontrou-se que:

“A reciprocidade é um princípio importante para a sobrevivência na rua, uma vez que os bens são entendidos para a coletividade e não apenas individualmente, assim como é levado em conta não apenas o dinheiro que se recolhe, mas os bens que são partilhados e as ajudas que são prestadas à banca” (MARTINEZ, 2008, p.80)

Outro elemento a ressaltar, também encontrada em artigo de Garcia et al. (2008), é que o consumo de pinga além de contribuir para a sociabilidade entre os moradores de rua, tem um significado ambivalente, sendo essa tanto produtora de saúde quanto de doença. Explicam ser produtora de saúde por alterar o estado de consciência, fazendo emergir um estado de alerta, animação e euforia, podendo também ser um estabilizador emocional por fazer esquecer-se de experiências ruins vividas. Entretanto, passa a ser produtora de doença na medida em que prejudica as atividades cotidianas dessas pessoas,

causa enfraquecimento, perda de apetite e dependência excessiva da bebida. Os autores apresentam uma fala bastante representativa de uma das moradoras de rua sobre essa questão: *“a gente que tem que beber a pinga e não a pinga beber a gente”* (MARTINEZ, 2008, p.82), (GARCIA et al., 2008, p.185).

Outras descobertas sobre a saúde dessas pessoas é de que a obtenção de remédios ocorre através da ajuda mútua entre elas. Se uma delas está doente a ponto de ficar incapacitada a conseguir dinheiro, as demais pagam o medicamento necessário para que a pessoa possa se recuperar. Dizem elas: *“aqui um olha pelo outro e ninguém fica doente aqui, só fica doente quem quer”* (MARTINEZ, 2008, p.81).

Na cidade de São Carlos a mesma forma de tratamento as pessoas em situação de rua – ou filantrópica ou tutelar - parece estar presente de acordo com Garcia et al. (2008), quando através do estudo etnográfico sobre a população de rua da cidade, encontram quatro instituições e políticas públicas que atendiam a essas pessoas. Esses eram: o albergue noturno, a Secretaria de Cidadania, o Posto de Rua e a Pastoral da Rua.

O albergue noturno oferece à população o pernoite, banho, duas refeições diárias, e passagens para os migrantes. Tem como regra a permanência máxima de três dias para aqueles que não têm endereço em São Carlos, o que de acordo com os autores mostra uma política de expulsão da cidade, pois isso é feito para não criarem qualquer tipo de vínculo no município, não terem tempo hábil para conseguir emprego e moradia, por exemplo.

A Secretaria de Cidadania tem como principais serviços oferecidos à população: providenciar documentos, auxiliar a busca por emprego, contribuir para reconciliação familiar, encaminhar para tratamentos médicos, psicológicos e para dependentes químicos. A relação com os serviços de saúde está mais restrita a encaminhamentos para o Hospital Psiquiátrico Caibar Schetel e para Unidades Básicas de Saúde, de acordo com Silvia e Herrera (2008).

As demais instituições citadas são de caráter filantrópico e religioso, sendo que a Pastoral da Rua faz a distribuição de marmitas à população em Situação de Rua aos sábados em diversos pontos da cidade. Já o Posto de Rua

atua nos domingos oferecendo cortes de cabelo, barba e unhas, faz doação de produtos de higiene pessoal e de refeições. Além disso, há relatos de que o último eventualmente realizava palestras para alcoolistas, enfatizando a regeneração e restauração da dignidade das pessoas.

Além disso, foi encontrado que a higienização do corpo ser feita através de banhos no albergue noturno, em banheiros públicos, e que organizações sociais fornecem os produtos de higiene para os moradores de rua (MARTINEZ, 2008). Entretanto, também é relatado existir uma dificuldade para essas pessoas realizarem atividades cotidianas simples tais como dormir, comer, tomar banho, lavar roupa, ter água potável, preservar os poucos pertences de valor, obter fonte de renda, assim como atividades de lazer (SARTORI; GRANADO; SANO, 2008). Dessa forma, supõe-se que os equipamentos sociais da cidade não são suficientes para atender às demandas mínimas dessa população.

Com isso, não deixando de reconhecer esforços da Secretaria de Cidadania e Assistência Social em tratar como sujeitos de direitos as pessoas em situação de rua. De acordo com Silva e Herrera (2008), é desenvolvido um trabalho por esse setor buscando atuar em uma rede de serviços, articulando-se com organizações, instituições e serviços de saúde que atuam junto à população em situação de rua; e outros setores com potencial de atuação conjunta a essa população (cultura, guarda municipal, agricultura e abastecimento). Todavia, esse fazer compartilhado com os demais serviços e na perspectiva da contribuição para autonomia dos sujeitos moradores de rua não parece ocorrer.

Isso porque apesar das autoras apresentarem como resultados do serviço do Centro de Referência Especializado da Assistência Social para população de Rua (CREAS POP) que todas as pessoas atendidas pelo o serviço são acompanhadas pela rede básica de saúde da cidade, o relato é de que se trata de encaminhamentos a médicos. E para questões psiquiátricas e de abuso de narcóticos, é mais preocupante a afirmação de que a prática é o encaminhamento realizado pelo Hospital Escola ao Hospital Psiquiátrico Caibar Schutel, não sendo mencionado o trabalho do CREAS POP junto aos Centros de Atenção Psicossociais da cidade, necessários para um cuidado em rede,

como preconiza a Política Nacional de Inclusão da População em Situação de Rua (BRASIL, 2008a).

1.4) Reflexões a respeito da População em Situação de Rua.

O termo ‘população em *situação* de rua’ difere do termo ‘população de rua’, sendo o segundo mais popularmente conhecido. Isso porque adota uma abordagem que considera a possibilidade em ser transitória a situação de moradia na rua, havendo a potencial mobilidade social dessas pessoas. E também pela questão da transitoriedade, que ocorre em muitos casos, entre a rua, abrigos, casas de conhecidos, dentre as diversas possibilidades (AGUIAR; IRIART, 2012).

Sobre a existência desse fenômeno de haver pessoas em situação de rua pontua-se que se trata de um sinal das mudanças sócio-político-econômicas ocorridas nas últimas décadas e consiste em um problema mundial das grandes metrópoles (VARANDA; ADORNO, 2004). Complementar a isso, Fernandes, Raizer e Bretas (2007) sugerem através da pesquisa que realizaram com idosos em situação de rua na cidade de São Paulo, que não somente há uma determinação macro sociais – que consiste nas tendências estruturais do sistema político-econômico – mas também fatores micro sociais, mais referentes a aspectos do nível individual e familiar (como por exemplo, ser expulso de casa pela família).

O que se aproxima da discussão feita por Snow e Anderson (1998), (que apesar de ser internacional pode dialogar com situações ocorridas no Brasil), através do estudo realizado por eles em Austin, nos Estados Unidos da América, encontraram quatro caracterizações gerais dos moradores de rua: 1) sujeitos vítimas de mudanças econômicas e institucionais que os fazem tornarem-se moradores de rua; 2) refugiados de seu país de origem, devido a situações políticas e/ou econômicas; e 3) os que são migrantes perpétuos devido ao tipo de trabalho que realizam; 4) pessoas que passam a estar em situação de rua devido a desastres naturais, tais como chuvas fortes, tornados e terremotos. Perpassam por esses grupos de formas distintas as dimensões do desabrigo: a

ausência ou não de moradia permanente; a presença ou ausência de apoio familiar; e o valor moral e de dignidade baseado em papéis socialmente estabelecidos.

Os grupos de moradores de rua que em geral não tem apoio familiar - os migrantes, os refugiados, e os expulsos de seu lar pelo desemprego e conflitos familiares - podem ter chegado a essa condição de estar sem domicílio devido a esse vínculo familiar frágil. Havendo também a possibilidade de isso ocorrer concomitante a uma situação de desemprego – ou de subempregos extremamente precários- a que se encontram (SNOW; ANDERSON, 1998).

De acordo com os autores, o estigma atribuído aos moradores de rua consiste na percepção pública, de que próprio morador sem domicílio é o único responsável por sua situação, e que oferecem ameaça à segurança e bem-estar de outros cidadãos. Nessa concepção estigmatizante, acredita-se que os moradores de rua o são devido a suas próprias imperfeições ou falhas morais (SNOW; ANDERSON, 1998).

O grupo dos que estão sem casa devido a catástrofes naturais, em geral tem mais apoio familiar, ainda mantém a vinculação com a família. E também são menos estigmatizados, por não serem culpabilizados pela condição de estar sem domicílio, uma vez que isso ocorreu devido a uma causa externa, um desastre (SNOW; ANDERSON, 1998).

De acordo com Castel (1998) essa população a qual autor se refere como 'indigente', para além de encontrar-se em um estado de miséria financeira passa por um processo de dissociação do vínculo social, nomeado de desfiliação. A fragilização, portanto, não é só em termos materiais, mas também no tecido relacional. São duas faces da mesma condição: a falta econômica e a desfiliação, no campo relacional. Dessa forma, o desafio contemporâneo da pobreza é de não somente distribuir-se seguros sociais, mas também de preencher o vazio social posto presente em tal condição.

O 'indigente' é desfiliado porque não se encaixa em nenhuma das condições de inserção social, nem mesmo a de receber benefícios. Pois a lógica Estatal é a de que sendo apto ao trabalho, deveria estar trabalhando e se não o

faz é totalmente responsável por isso. Como se a questão não fosse a própria falta de emprego gerada pelo Estado. Dessa forma, o 'indigente' apto ao trabalho e que não conseguirá trabalhar porque não há emprego, é criminalizado (CASTEL, 1998), ou então institucionalizado como é o caso daqueles que são usuários de drogas. Sobre essa questão diz o autor: *“(...)o vagabundo representa a forma limite da ruptura em relação a toda participação social, figura do estrangeiro excluído de toda parte e condenado a errar numa espécie de no man’s land social (...)”* (CASTEL, 1998, p.27).

E dessa forma, tais pessoas, os 'indigentes aptos ao trabalho' permanecem excluídos de todos os seus direitos sociais. Sobre essa questão a qual se encontra a população de rua é afirmado:

“A existência do grupo remete, dentre outros, ao projeto de desenvolvimento do país que dissocia produção de riqueza e cidadania. De um lado, faz-se recair o fracasso econômico sob a própria responsabilidade do indivíduo, do que deriva seu fracasso social. Sem interlocução pública que garanta suprimento de necessidades básicas (...), propende o mesmo para a desestruturação das teias de convivência social, como a da família, o que acaba por levá-lo ao isolamento, agravado, muitas vezes, pelo uso de álcool e drogas” (VALENCIO et al., 2008, p. 43).

E, além disso, retratando o tratamento dado a população de rua pelo Estado e sociedade brasileira, os autores afirmam:

“O Brasil vem apresentando duas tendências das forças coercitivas que impedem a ampliação da cidadania da população de rua. De um lado, há a passagem de um estado de intolerância tácita para intolerância explícita, recrudescendo a prática pública de truculência na eliminação do sujeito vulnerável, nisso convergindo as ações do Estado e a de grupos organizados(...). Assim, a beligerância e a tortura passam a ser tratadas, no discurso do senso comum, como formas legítimas de lidar com (e reforçar) a desigualdade social, sendo

expressões de uma forma de dominação política autoritária que se naturaliza” (VALENCIO et al., 2008, p. 43).

Outra forma de abordar a questão da população em situação de rua é discutindo a partir do conceito de vulnerabilidade por se tratarem de pessoas desprovidas de diversos elementos materiais e subjetivos que tornam suscetíveis aos mais diversos tipos de agravos. Sendo assim, é de fundamental importância que passem a ser priorizados pelas políticas e serviços de saúde, estando isso de acordo com o princípio do SUS da equidade e também com a proposta dos Direitos Humanos Internacionais (ALVES, 2003).

CAPÍTULO 2: A VULNERABILIDADE NO CAMPO DA SAÚDE.

O conceito de vulnerabilidade teve origem na área da advocacia internacional pelos Direitos Universais do Homem. É referente aos grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania (ALVES, 2003).

No campo da saúde, o termo tem como marco a primeira publicação do livro “AIDS no mundo”, no ano de 1992. Na obra, são apresentadas informações e propostas do trabalho que envolve a AIDS e a vulnerabilidade, sendo descrito o que é necessário para produzir a prevenção da contaminação pelo vírus. E, além disso, abordando os aspectos individuais, coletivos e os programas de políticas públicas, retratando a interligação entre tais fatores (MANN; TARANTOLA, 1993).

Foi também de suma importância para a produção e uso do conceito de vulnerabilidade as lutas ativistas dos movimentos de direitos humanos diante da epidemia da AIDS, iniciado na década de 1980 (AYRES et al., 2005) em que se concebia a AIDS através do conceito de risco. Este surgiu como instrumento epidemiológico para contribuir no controle das doenças, realizando-se estudos para buscar os fatores de risco associado a determinada doença. Porém, tal

propósito foi extrapolado, devido a ampla divulgação mídia da noção de grupo de risco, que passou a se constituir enquanto uma identidade concreta – o grupo de risco da AIDS. As estratégias de prevenção da saúde pública da época focavam suas ações a esses grupos e eram ineficazes para a diminuição do contágio pela doença. Acabavam por incitar o preconceito e iniquidades, mais do que proporcionar o alcance do real propósito declarado, dentro das perspectivas preventivas da saúde pública, ao destinarem exclusivamente suas ações aos chamados de 'quatro Hs': homossexuais, hemofílicos, haitianos e '*heroin-addictics*' (viciados em heroína) (AYRES et al., 2005).

A partir do ano de 1985, tendo sido descoberto o agente etiológico da doença e que se tratava de uma doença transmissível, passou-se a adotar o conceito de 'comportamento de risco', o que apesar de aliviar o peso do estigma sobre os grupos em que a epidemia foi inicialmente detectada, trouxe o malefício da culpabilização individual dos comportamentos inadequados para prevenir a doença. Em outras palavras, ao orientar práticas de saúde preventivas, prevalecia a ideia de que se o sujeito adoecia era por ser displicente, falhando ao não tomar atitudes necessárias para impedir o contágio (AYRES et al., 2005).

Com isso, os movimentos sociais criticaram o uso do conceito de comportamento de risco, por ser uma perspectiva que se restringe a uma culpabilização individual, deixando de considerar os fatores de determinação social da doença. Fatores que são consequências da distribuição desigual dos recursos culturais, econômicos, políticos, jurídicos entre gêneros, países, segmentos sociais, grupos étnicos e faixas etárias (GUPTA, 1996 apud AYRES et al., 2005).

Frente à ineficácia em lidar com a epidemia pautando as ações a partir do conceito de grupo de risco e de comportamento de risco, somado às reivindicações de movimentos sociais de que os direitos humanos fossem garantidos a todos, desenvolveu-se o conceito de Vulnerabilidade no campo da saúde. Dessa forma, considerando-se a suscetibilidade das pessoas ao adoecimento, não somente na perspectiva biomédica, mas também resultante de um conjunto de aspectos sociais. Assim, para além de condições individuais,

o adoecimento é contextualizado a uma complexidade de fatores coletivos, que tornam os sujeitos mais suscetíveis às doenças. O que inclui o grau de acesso a recursos de todas as ordens para se proteger dos agentes e situações patológicas (AYRES et al., 2005).

Em termos de vulnerabilidade, trata-se a questão em três eixos, que se articulam: o componente individual, o componente social e o componente programático. O primeiro é referente às informações, a capacidade de sua elaboração e as possibilidades efetivas de transformação das práticas de prevenção. O segundo diz respeito as condições para obter as informações, assim como as possibilidades de digeri-las, de incorporar as mudanças práticas no âmbito que não depende somente de um esforço individual (ex: acesso a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, possibilidade para influenciar decisões políticas e barreiras culturais, condições de violência impeditivas para a mudança de práticas, dentre outros). E, por último, o terceiro eixo é referente às políticas públicas (ou de outra ordem) para promover atividades de redução da vulnerabilidade (AYRES et al., 2005).

De forma geral, com a utilização da abordagem da vulnerabilidade, a intervenção estrutural, a organização comunitária, a construção de cidadania, o ativismo político, a ação jurídica, os direitos humanos, são entendidas como a parte indissociável das ações de prevenção e cuidado. Implicando em uma abordagem que considera muitas variáveis, de forma dinâmica, buscando olhar para a complexidade dos fenômenos, e não somente para variáveis e fatos pontuais. Assim, trazendo à tona muitos desafios, conflitos e limites que passam a ser encarados no trabalho cotidiano. A partir disso, torna-se necessário pensar em técnicas para lidar com as dificuldades de maneira a tornar o trabalho mais produtivo, porém, preservando-se as referências éticas e políticas escolhidas por cada trabalhador (AYRES et al., 2005).

Duas dificuldades existentes para trabalhar sob o prisma da Vulnerabilidade serão citadas pelo seu caráter de relevância. Uma dessas é a possibilidade de levar a vitimização das pessoas, ao colocar questões estruturais enquanto constituintes de determinados sujeitos considerados mais vulneráveis.

A outra questão é que justamente por incluir uma análise macrossocial, pode levar a uma ampliação paralisante, uma vez que muitos fatores estão em uma esfera macrossocial inatingível, impossível de intervenção dentro de nossos alcances enquanto trabalhadores ou mesmo gestores dos serviços de saúde (AYRES et al., 2005).

Frente a isso, não seria mais produtivo trabalhar com a abordagem do comportamento de risco, pois dessa forma atua-se diretamente em algo talvez mais concreto, que são os comportamentos individuais? Esse pode parecer um caminho mais viável para se pensar a redução e prevenção aos agravos. Porém, a experiência com as abordagens comportamentais, desenvolvidas a partir do conceito de comportamento de risco, não se mostraram efetivas. De acordo com Ayres et al. (2005), as estratégias comportamentais intervêm de maneira pouco sensível às particularidades culturais, morais, políticas e econômicas constituintes de práticas seguras.

A abordagem conceitual da vulnerabilidade visou superar essa falha, tentando construir práticas efetivas para prevenção e denunciando a universalização extrema e acrítica das concepções de 'grupo de risco' e de 'comportamento de risco'. A diferença está em considerar que determinados grupos da população são mais vulneráveis não devido a características fixas, identitárias, constituintes de sua essência, mas como efeito de relações sociais, estando interligadas a uma totalidade do funcionamento dinâmico e estrutural da sociedade (AYRES et al., 2005).

Por ser ainda recente e pouco explorada a discussão e relatos de experiências para redução da vulnerabilidade, existindo ainda um pequeno contingente de contribuições teóricas, pautadas em vivências de como superar ou reduzir as tendências à vitimização ou a ampliação paralisante. Porém, é possível citar alguns trabalhos sobre o cuidado à saúde com relação à AIDS, por exemplo, com as oficinas de sexo mais seguro, as mobilizações comunitárias (VILLELA, 1996 apud AYRES et al., 2005) e as experiências de redução de danos entre usuários de droga (MESQUITA; BASTOS, 1994).

Contudo, são fundamentais algumas propostas metodológicas para o êxito da utilização da abordagem de vulnerabilidade, para atingir os fins desejados. Essas consistem no uso da hierarquização e do monitoramento como forma de avaliar os objetivos e estratégias de intervenção, estando de acordo com três princípios: a efetividade, a operacionalidade e a progressividade. O primeiro é referente àquilo que julgamos ter maior possibilidade de fazer com que seja atingido o(s) objetivo(s) almejado. O segundo, diz respeito à viabilidade para executar determinadas ações. Já o terceiro trata de uma ordem crescente de priorização: planejar ações de problemas e soluções mais imediatas, de curto prazo, para aquelas mais a médio e em seguida, as que devem ser pensadas para ter efeito em longo prazo.

O quarto princípio, de acordo com Ayres et al. (2005), permeia e pode ser considerado um pressuposto de todos os demais princípios: a democratização radical da eleição e monitoramento de objetivos e estratégias. Isso diz a respeito da fundamental participação dos sujeitos sociais os quais são direcionadas as ações, para isso sendo realizados diálogos entre esses e os técnicos, a fim de coletivamente construir as demandas e propostas da e para a população. Com isso, acredita-se que haverá maior possibilidade de articular as ações com as respostas sociais mais estruturadas.

Além disso, a vulnerabilidade possui dimensões importantes para contribuir a não-vitimização dos sujeitos que foram apresentados por Gorovitz (1994). Uma dessas é a característica em não ter múltiplas possibilidades, por assim dizer, e, em ser um processo dinâmico. Isso quer dizer que necessariamente seu valor e grau constituem em relação ao contexto, ou seja, o mesmo fator que torna os sujeitos e populações vulneráveis em determinada situação pode o fortalecer em outra. Da mesma forma, a graduação em termos de vulnerabilidade também será variável. E, além disso, a dinamicidade é referente ao fato de os sujeitos/populações poderem em dado momento estar vulneráveis, porém em outro período isso ser reduzido ou até mesmo não estarem mais na condição da vulnerabilidade.

Assim, outra dimensão e que perpassa todas as outras supracitadas é o caráter relacional de qualquer situação de vulnerabilidade. Isso tem a implicação importante em considerar que as pessoas nessas situações ainda têm potência para transformar sua situação, pois se de um lado existem agentes dominadores, de outro há os dominados, porém com a possibilidade de resistir a isso, justamente por este caráter relacional. Afinal, a modificação de um necessariamente altera o outro, os grupos não são determinada e exclusivamente vulneráveis, nem isso ocorre o tempo todo dessa forma, de acordo com as dimensões que foram apresentadas.

Outra questão importante envolvida nessa dimensão relacional da vulnerabilidade é a concepção de que os sujeitos somente se constituem uns frente aos outros, dentro de dado contexto, o que pode ser chamado de caráter intersubjetivo da construção de identidades. E, dessa forma, é interessante pensar as intervenções - sejam novas estratégias, seja técnicas de ação - sob a ótica da ideia dos contextos de intersubjetividades (AYRES, 2001).

Mas afinal, como seria possível realizar transformações com esse enfoque da vulnerabilidade? Adotando uma perspectiva ampliada, em que se incluem as complexidades dos contextos e situações sociais, a prática passa a ser mais do que simplesmente alertar os sujeitos sociais. Além disso, é preciso contribuir para superarem obstáculos materiais, culturais e políticos, mantenedores de sua situação de vulnerabilidade. Sobre este assunto é afirmado: *“Mais que ser informadas, é preciso que as pessoas saibam como se proteger e se mobilizem para que as situações estruturais que as tornam suscetíveis ao adoecimento, sejam de fato transformadas”* (AYRES et al., 2005, p.136).

Dessa forma, não basta que o profissional de saúde seja estritamente técnico, mas que utilize demais recursos necessários para contribuir nessa ação de redução da vulnerabilidade. Para isso, um elemento é a participação dos próprios sujeitos afetados na construção de suas demandas, objetivos, assim como possíveis soluções. Dessa forma, o técnico da saúde passa de único sujeito do saber/poder das intervenções em saúde para *“um mediador do*

encontro entre a população e o conjunto de recursos de que uma sociedade dispõe (informações, serviços, insumos, etc.) para construir sua saúde”(AYRES et al., 2005, p.136).

Semelhante às pessoas com HIV, a população de rua também é estigmatizada, sofre preconceito, sendo ou culpabilizada ou vitmizada por sua situação. Está em condição de vulnerabilidade individual, por possivelmente estar em situação de sofrimento emocional e/ou capacidade reduzida para conseguir outras formas de viver (salvo talvez exceções em que se trata de uma escolha de vida?). Em vulnerabilidade social, pois provavelmente nessa situação há a perda de laços familiares e condição precária de sobrevivência nas ruas. E, em vulnerabilidade programática, por estar excluídas do atendimento de serviços públicos que são de direito de qualquer ser humano.

Do ponto de vista da ação de cuidadores, aqui sendo mais focado nos trabalhadores da saúde, mas também da assistência social, o conceito ajuda a pensar uma atuação em que nem se culpabiliza o sujeito pela sua situação, nem o vitmitiza. E, em que é importante a intersubjetividade, o fator relacional dessas pessoas com os profissionais que delas se propõe a cuidar.

É dessa forma que acredito ser interessante o uso do conceito de vulnerabilidade para discutir a questão do cuidado à saúde à população em situação de rua. Afinal, permite um olhar amplo e que pode oferecer subsídios para gestão dos serviços de saúde construir estratégias para cuidar dessa população, buscando garantir seus direitos que diversas vezes foram esquecidos, ignorados e/ou violados.

CAPÍTULO 3: OS CAMINHOS DA PESQUISA.

3.1) A Saúde Coletiva e a Pesquisa Social.

Este estudo consistiu em uma pesquisa social que tem como pressuposto a necessidade de submergir na realidade empírica – tomando esta como

fenômeno historicamente situado e datado - para capturar a lógica do mundo social (BORDIEU, 2005 apud BODSTEIN, 2010). A escolha em realizar uma pesquisa social no campo da saúde coletiva é pautada na concepção de que são inseparáveis as questões de saúde e as problemáticas sociais. Sendo assim, a pesquisa em saúde coletiva é necessariamente uma pesquisa social que por sua vez, pode ser entendida como uma forma abrangente e mais acurada de compreender os fenômenos da vida coletiva (QUIVY; CAMPENHOUDT, 1998 apud BODSTEIN, 2010).

De acordo com o paradigma da pesquisa social, o campo científico segundo o sociólogo Bordieu (BODSTEIN, 2010) é o campo da prática social e o entendimento dos mecanismos sociais que orientam as práticas. Campo este que ao mesmo tempo possui propriedades e características específicas, sem escapar das imposições macrossociais, pois está inserido no contexto maior que rege o mundo social e o Estado. São critérios fundamentais e estruturantes do campo científico a validade, a objetividade, a verificação empírica, e estão além das relações e influências macrossociais. Entretanto, ainda assim há o risco de tais critérios serem “subsumido pela lógica maior e unificadora que modula as práticas sociais: os mecanismos burocráticos e de dominação econômica que regem o Estado e as sociedades contemporâneas” (BODSTEIN, 2010, p.155).

Outro elemento importante da pesquisa social é a compreensão do conceito de objetivação, concebido enquanto “um acordo e consenso provisório entre agentes que dominam o campo” (BODSTEIN, 2010, p.155). Isto é fundamental para compreender a diferença entre a proposta de Bordieu de pesquisa social com a proposta de pesquisas inseridas no paradigma positivista do conhecimento. Pois na primeira, a objetividade é relativa ou ao menos não se propõe a tradução de uma verdade.

Tendo isso em vista, na pesquisa social ao invés de utilizar métodos que buscam a descoberta sobre as relações de causa e efeito dos fatos no mundo, elabora-se as análises dos resultados através da problematização, processo em que são relacionadas à orientação(ões) teórica(s) com o objeto encontrado (BODSTEIN, 2010).

Através desta construção teórica são criados os conceitos, sendo generalizações elaboradas a partir de um trabalho empírico e compostas por um conjunto de critérios, como traços característicos ou propriedades gerais da realidade estudada (BECKER, 2007, apud BODSTEIN, 2010, p. 156). A teoria seria como um corpo articulado de conceitos delimitando o olhar sobre os fenômenos, assim funcionando como um mapa em relação ao território e o espaço geográfico, tendo o propósito de trazer uma percepção útil sobre a realidade. Entretanto, Bodstein (2010) alerta que no paradigma da pesquisa social é preciso sempre atentar que toda 'descoberta' se trata de uma representação teórica provisória, operando de acordo com o contexto em que está inserida.

Outro elemento fundamental da pesquisa social é o considerar o conhecimento da própria experiência dos participantes do estudo, não subestimando nem superestimando isso por se tratar de algo contextualizado e parcial. Afinal, compreende-se que os fenômenos são impregnados de um sentido subjetivo e cultural daqueles que falam a respeito de sua experiência (BODSTEIN, 2010).

Neste sentido a pesquisa social aproxima-se da abordagem construtivista, em que o saber dos estudados é objeto de análise da investigação. Explica-se: “(...) o que interessa ao pesquisador social é analisar o sentido que os atores/agentes atribuem à realidade, seus esquemas de pensamento que classificam e permitem que esta realidade seja compreensível” (BODSTEIN, 2010, p. 164). Frente a uma gama de aspectos que o pesquisador passa a conhecer no encontro com os participantes, o enfoque é que orienta a seleção dos problemas e das questões a serem estudadas. Afinal, não se concebe uma verdade a priori, e dessa forma, os fenômenos só adquirem significados quando existem valores pressupostos a fim de analisar os dados empíricos (BODSTEIN, 2010).

Mais especificamente sobre a pesquisa em saúde, diz Bodstein (2010):

“questões de saúde podem ser problematizadas e definidas tanto conforme suas características e atributos inerentes (quer sejam biológicos, sociais, culturais, econômicos, ambientais, políticos, entre outros), mas também a partir da preocupação com significados que surgem numa rede de relações entre sujeitos em contextos e espaços sociais específicos. Assim, o conceito de saúde carrega uma multiplicidade de sentidos, percepções e práticas que são construídos e reproduzidos de acordo com a diversidade dos espaços sociais” (BODSTEIN, 2010, p.167).

3.2) Instrumentos.

3.2.1) A entrevista.

Trata-se de uma técnica de pesquisa amplamente utilizada, podendo ser descrita como uma conversa a dois ou várias interlocutores, mas em que a iniciativa é do entrevistador, com o propósito é construir informações relevantes a um objeto de pesquisa. Possui diversas formas de organização tais como: a sondagem de opinião, a entrevista semi-estruturada, a entrevista aberta ou em profundidade, a entrevista focalizada e a entrevista projetiva (MINAYO, 2010).

Na presente pesquisa utilizou-se a entrevista semi-estruturada, pois esta permitem captar e compreender as motivações e intenções dos sujeitos, sendo instrumentos úteis aos propósitos de uma pesquisa social (BODSTEIN, 2010). A técnica consiste em uma conversa com finalidade, assim como a entrevista não estruturada mas com a diferença que na entrevista semi-estruturada o pesquisador utiliza um roteiro construído por si próprio, visando orientar o diálogo investigativo e com a intenção de que suas hipóteses e pressupostos estarão presentes na intervenção (MINAYO, 2010).

Optou-se por utilizar tal instrumento para conhecer a experiência do trabalho do Centro de Referência Especializada da Assistência Social para População em Situação de rua (CREAS POP) a partir da fala do ex-gestor do serviço, por este permitir tanto perguntas objetivas (com relação a um mapeamento necessário de quais serviços de saúde atendem à população em situação de rua), quanto intersubjetivas (a respeito das compreensões e

intenções do ex-gestor sobre o trabalho em rede e o cuidado realizado às pessoas moradoras de rua). E, de forma geral, por possibilitar um diálogo necessário para conhecer a ação intersetorial do CREAS POP com os serviços de saúde.

3.2.2) A técnica do Grupo Focal.

O grupo focal pode ser descrito como “(...)um grupo de discussão informal e de tamanho reduzido, com o propósito de obter informações de caráter qualitativo em profundidade” (GOMES; BARBOSA, 1999, p.1). Tem como objetivo coletar informações sobre um tema específico através do diálogo/debate dos participantes entre si e com os pesquisadores.

A principal característica da técnica é o trabalhar a reflexão expressa na fala dos participantes, o que permite a apresentação de conceitos, impressões e concepções sobre determinado assunto; desta forma, as informações produzidas são de cunho essencialmente qualitativo. Resumidamente, o grupo focal é uma ‘fala em debate’ (CRUZ NETO et al., 2001).

Além disso, trata-se de conhecer a fala de um determinado grupo em debate, ao invés das opiniões individuais dos participantes. Isso inclui o elemento da discussão do grupo, podendo haver também uma reflexão coletiva sobre o assunto. Até por isso que não se espera opiniões consensuais, mas que possam ser expressas as diversas opiniões e dialogadas, a fim de produzir a reflexão coletiva. O que ainda não significa chegar a uma única conclusão, mas que o assunto possa ser pensado coletivamente por aquele determinado grupo, sendo expressas as opiniões divergentes existentes.

A riqueza das situações coletivas está na possibilidade de criação de opiniões através dessa experiência, o que poderia não se produzir através entrevistas individuais (SCHRADER, 1987 apud MINAYO, 2010). Afinal, em grupo há a interferência da fala de uma pessoa nos dizeres de outra, que por sua vez pode mobilizar os demais participantes, os fazendo pensar em novas

possibilidades, expondo ideias novas, sendo tudo isso estimulado por intervenções do mediador.

Outro fator enriquecedor do debate é a igualdade de oportunidade dos participantes em apresentar suas ideias, havendo discussão e aprofundamento do debate. Assim, para delimitar o número de participantes é preciso levar em conta dois aspectos: 1) que o número seja pequeno o suficiente para possibilitar a fala de todos; 2) que não seja reduzido demais de forma a não haver diversidade de pontos de vista. Este número deve ser de no mínimo quatro e no máximo doze pessoas

para buscar garantir que todos os participantes possam contribuir para o debate, que tenham oportunidade de fala (CRUZ NETO et al., 2001).

Para cumprir a função de mediador enquanto produtor de movimento no debate é necessário que tenha conhecimento dos temas a serem discutidos, dos conceitos e dos objetivos trabalhados na pesquisa, para obter informações mais aprofundadas e detalhadas. Em resumo, afirma Minayo (2010):

“Suas [mediador] tarefas básicas serão as de garantir a participação de todos, assegurar-lhes o direito ao sigilo do nome, motivar os debates de forma a fazer com que todos os temas propostos sejam debatidos, evitar que determinado participante constranja os outros e que os ânimos exaltem-se ou arrefeçam. Mas ele também deverá ser criterioso e perceber que, se uma pessoa destacar-se em um GF [Grupo Focal], falando mais do que os outros, ela provavelmente agirá assim em seu cotidiano” (MINAYO, 2010, p.10).

Considera-se que há coerência no uso da técnica do grupo focal, quando isso ocorre de acordo à orientação teórico-metodológica e objeto da investigação, assim como à necessidade de dados e informações a serem coletados (CRUZ NETO et al., 2001).

Dessa forma, justifica-se a escolha de tal técnica para a presente pesquisa por proporcionar a possibilidade de conhecer as ideias dos

profissionais de saúde que cuidam da população em situação de rua e de problematizar o processo de trabalho da equipe de profissionais.

3.2.3) O registro das informações.

Uma das formas mais usadas de registro para proporcionar a garantia da fidedignidade é a gravação em áudio (MINAYO, 2010). No entanto, isto deve ser somente feito com autorização dos participantes, de forma que fiquem a vontade com esse registro, e não se sintam ameaçados de se prejudicar devido as opiniões emitidas. O que pode ser balizado com a leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, em que se explica a forma de armazenamento e manejo do material contendo o registro, em que somente a equipe de pesquisa terá acesso. E também, com a explicação de que para a apresentação de resultados das mais variadas maneiras (seminários de restituição, elaboração da dissertação escrita, de artigos e demais possíveis formas de apresentação) será garantido o sigilo e anonimato dos participantes. Entretanto é preciso respeitar a decisão dos participantes de que a entrevista/grupo focal não seja registrada por áudio ou qualquer outro tipo de mídia indesejado por eles.

Além disso, é importante ressaltar que a pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em pesquisas (parecer número 311.186 – Anexo IV) estando de acordo com os requisitos da Resolução CNS 196/96 do Conselho Nacional de Saúde referente à pesquisa com seres humanos. Ademais, teve autorização das Secretarias Municipais de Saúde e de Cidadania e Assistência Social de São Carlos.

3.3) Sobre a Análise de Conteúdo.

A Análise de Conteúdo *“pode ser definida como um conjunto de instrumentos metodológicos que têm como fator comum uma interpretação controlada, baseada na inferência”* (CASTRO; SARRIERA, 2010, p.816). Consiste em um conjunto de técnicas que visa obter indicadores quantitativos ou qualitativos, possibilitando a inferência de conhecimentos relativos à produção e recepção de conteúdos. Isso é realizado por meio de procedimentos

sistemáticos, analisando os conteúdos definindo-os por regras lógicas de organização, categorização e tratamento, assim sendo feito um esforço de interpretação oscilante entre o rigor da objetividade e o dinamismo da subjetividade (CASTRO; SARRIERA, 2010).

O primeiro momento do processo consiste na organização das análises, o que é feito de acordo com as características do material e em sua condução conforme os objetivos da pesquisa. O segundo momento é chamado de codificação:

“(...) reporta-se à transformação do dado bruto – evidência original – em estrutura traduzida de manifestação do dado. Nessa etapa, a Análise de Conteúdo vale-se de três índices para a organização da análise; são eles: recorte, agregação e enumeração. No recorte, são definidas as unidades de análise como, por exemplo, os recortes semânticos (temas) ou os linguísticos (palavras/frases). Em seguida, a agregação determina qual a natureza das unidades que serão aglomeradas em torno de categorias distintas. Por fim, a regra de enumeração indica o tipo de gradiente e aritmética (no caso das pesquisas quantitativas) aplicado aos referentes do material analisado” (CASTRO, SARRIERA, 2011, p.817).

Sendo assim, os conteúdos da entrevista e dos grupos focais foram categorizados por temáticas pertinentes aos objetivos da pesquisa, com isso analisou-se esse material à luz do conceito de vulnerabilidade no contexto das pessoas em situação de rua, assim como à discussão sobre o acesso e qualidade do cuidado realizado à esta população.

3.4) Participantes e locais pesquisados.

Os participantes da pesquisa foram um ex-gestor do CREAS POP, que mesmo na função gerencial prestava cuidados diretamente aos usuários e trabalhadores de serviços de saúde (UBS e CAPS) que atendem à população eram adulta em situação de rua. Todas as nove trabalhadoras de UBS possuíam formação de nível médio ou fundamental (auxiliares e técnicas de enfermagem,

agente comunitária de saúde, recepcionista). Dos sete profissionais de saúde de um CAPS havia somente um homem, e a formação dos participantes variaram em nível médio e superior (na área de psicologia, enfermagem, assistência social, administrativo, monitor de oficina).

A predominância de participantes com a formação de nível médio foi uma característica que chamou a atenção, principalmente nas UBS em que não houve a participação de profissionais com formação de nível superior. Entretanto, não existem hipóteses nem suposições para explicar esse fato, uma vez que todos os profissionais foram igualmente convidados a participação.

3.5) Etapas da pesquisa.

Inicialmente, foi realizada a etapa exploratória da pesquisa em que se entrou em contato com profissionais responsáveis pela Divisão de Políticas e Atendimento à População em Situação de Rua de São Carlos, visando ter informações a respeito das políticas e práticas para as pessoas em situação de rua, tanto de forma abrangente quanto com relação ao setor da saúde. Ao mesmo tempo, pesquisou-se a bibliográfica sobre a temática na cidade e, com isso, constatou-se que não há uma política de saúde específica para as pessoas em situação de rua no município.

A partir disto, foram formuladas e planejadas as etapas da pesquisa, construindo-se os instrumentos utilizados: um roteiro para entrevista semi-estruturada com o ex-gestor do Centro de Referência Especializada de Assistência Social para População em Situação de Rua (CREAS POP); e outro roteiro dos Grupos Focais a serem realizadas com profissionais de unidades de saúde referidas pelo Gestor do CREAS POP como cuidadoras das pessoas em situação de rua de São Carlos.

Sendo assim, primeiramente ocorreu a entrevista com o ex-gestor do CREAS POP, optando-se por entrevistá-lo ao invés do gestor de tal Unidade, pois a transição era recente, e assim avaliou-se que o primeiro teria mais acúmulo de experiências no serviço do que o gestor daquela época. Através da entrevista (Anexo I) buscou-se conhecer sobre a ação intersetorial do CREAS

POP com o setor saúde e saber para quais os serviços de saúde do município os usuários em situação de rua são encaminhados. Quando perguntado quais serviços de saúde atendiam à população em Situação de rua de São Carlos, o ex-gestor indicou duas Unidades Básicas de Saúde e os dois CAPS da cidade. Na etapa seguinte, foram realizados dois Grupos Focais com os profissionais de saúde de diversas especialidades, com nível de formação superior e médio, e que praticam o cuidado a população em situação de rua: o primeiro em Unidade Básica de Saúde e o segundo, em um Centro de Atenção Psicossocial. Os Grupos Focais tiveram duração de aproximadamente uma hora, pois foi o tempo disponibilizado pelas equipes. A pesquisadora do projeto atuou como facilitadora dos grupos, tendo como instrumento um roteiro semi-estruturado (ANEXO II), e o Grupo ocorrido na UBS contou com a participação de uma colaboradora da pesquisa que cumpriu a função de observadora. Inicialmente, foi entregue para cada participante e lido conjuntamente o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (ANEXO III), explicando-se as dúvidas, e assinado o TCLE por aqueles que aceitaram as condições da pesquisa apresentadas. O registro por aparelho de áudio foi realizado, pois houve a autorização dos participantes.

Pretendia-se realizar outros dois Grupos Focais: um no Centro da Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, que não aceitou participar da pesquisa; e o outro em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) referida pelo ex-gestor do CREAS POP. Nesta UBS foi realizada uma conversa sobre a temática do cuidado que pratica a essa população, pois somente duas profissionais do serviço aceitaram participar. E não sendo autorizado o registro por áudio, apenas relatou-se por escrito a conversa – anotações realizadas por uma colaboradora da pesquisa, o que foi permitido pelas participantes.

A entrevista e os Grupos Focais foram transcritos para elaborar através disso a análise descritiva dos dados. Para isso, foi utilizada a técnica da Análise de Conteúdos, conforme apresentado por Castro e Sarriera (2010), sendo codificados os conteúdos, e, assim analisados e discutidos a luz do referencial teórico escolhido. Analisei as falas dos grupos em questão (por exemplo: profissionais do serviço de saúde mental, profissionais de UBS) não sendo

realizado um recorte com a evidenciação de profissão/ocupação, gênero, idade, etnia em cada grupo.

A última etapa da pesquisa consistiu na devolução dos resultados aos profissionais participantes. Considera-se que a apresentação dos resultados e análise da pesquisa aos participantes é um compromisso e cuidado ético necessário e com potencial de contribuir para melhoria do processo de trabalho das equipes em questão.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS E DISCUSSÃO.

4.1) Concepções sobre a população em situação de rua.

4.1.1) Quem ela é?

De forma geral, os pesquisados apresentaram as seguintes definições de População em Situação de Rua: são 'trecheiros', pessoas sem domicílio que permanecem nas ruas ou no albergue, se assemelhando da concepção de haver uma transitoriedade característica dessa população, apresentada na PNPSR (BRASIL, 2008). Uma caracterização mais completa foi proferida justamente pelo pesquisado que trabalhou no único serviço especializado para o atendimento dessa população de rua. Ele afirmou que essas pessoas em situação de rua são: egressos do sistema prisional, pessoas com problemas de saúde mental e/ou dependência química, idosos com quadro de esclerose ou de abandono familiar, vendedores ambulantes e ciganos. De forma semelhante, na PNPSR (BRASIL, 2008a) consta que a População em Situação de Rua é composta por migrantes, egressos dos sistemas penitenciários e psiquiátricos, "trecheiros", dentre outros. Assim, é interessante observar que existe certa aproximação da fala dos entrevistados com o que consta na Política Nacional da População em Situação de Rua. O que é relevante, uma vez que este expressa a concepção e demandas do movimento social das pessoas em situação de rua

em diálogo com diversos órgãos governamentais dispostos a contribuir para a melhoria das condições de vida dos (mal)ditos moradores de rua.

Por outro lado, a afirmação dos entrevistados da UBS de que os moradores de rua não trabalham é destoante dos resultados da *Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua* (BRASIL, 2008) que constatou que naquela época, 71% dessas pessoas realizava alguma atividade remunerada. Frente a isso, questiona-se: no município de São Carlos, haveria essa especificidade da maioria dos moradores de rua não trabalhar, distinguindo-se do que foi encontrado nas cidades de grande porte incluídas nesta Pesquisa Nacional? Ou, essa concepção seria fruto de impressões dos profissionais de saúde entrevistados das UBS que como relatam em muitos momentos, tem pouco conhecimento a respeito dessas pessoas em situação de rua? Outros dados encontrados a seguir indicam tratar-se desse caso, da falta de informação dos entrevistados, e será discutido a seguir.

Diferente do que foi encontrado na Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua, alguns entrevistados negam existir no município de São Carlos pessoas que estão temporariamente na rua, com o objetivo de alcançar as oportunidades de trabalho que surgem em localidades distantes de sua moradia. Em um dos serviços investigados, um dos entrevistados afirmou que em São Carlos não existem pessoas que se deslocam de seus domicílios para viverem nas ruas apenas para aproveitar as potencialidades de alcance de renda nas regiões mais desenvolvidas da cidade (por exemplo, catar latinhas na região central da cidade). Por outro lado, o profissional do CREAS POP afirmou que esse tipo de morador de rua existe no município. Isso parece indicar um desconhecimento dos entrevistados dos serviços de saúde sobre a realidade vivida pelas pessoas em situação de rua em São Carlos.

Outro indicativo do pouco envolvimento dos profissionais entrevistados com essa população foi a afirmação de uma participante de que nunca havia pensado a respeito de uma definição de população de rua.

Uma caracterização sobre pessoas em situação de rua utilizada por pesquisadores da área da saúde coletiva apresenta três categorias: o ficar na

rua circunstancialmente, o estar na rua recentemente, e o ser de rua permanentemente (VARANDA; ADORNO, 2004). Assim, aponto que tal diferenciação, não encontrada nas entrevistas da presente pesquisa, pode ser importante de ser trabalhada com tais profissionais de saúde para instrumentalizar um cuidado mais condizente com as necessidades desta população.

E, ao que parece, existe uma carência dos profissionais de saúde em exercer tal prática, uma vez que muitas vezes concebem as pessoas em situação de rua enquanto sujeitos desprovidos de histórias, vontades, valores e costumes (SILVA, SOUZA E CARICARI, 2007). Tendo em vista que esta concepção foi encontrada nas falas dos entrevistados, constato que uma formação profissional em saúde que aborde a importância em conhecer a história de vida e mundo subjetivo dos ditos moradores de rua, pode ser potencializadora de um cuidado à saúde destas pessoas.

4.1.2)Porque está nas ruas.

4.1.2.1)Questão social X opção de vida: uma falsa dicotomia.

De forma geral, os entrevistados apresentaram ideias polarizadas sobre o motivo das pessoas estarem nas ruas: de um lado, que isso acontecia por questões individuais (uma escolha, não querer obedecer a regras, ser acomodado, ou até mesmo por uma questão de autoconhecimento); de outro, que as razões são sociais (falta de condição financeira para ter uma moradia). No entanto, a ênfase maior das respostas foi em considerar a situação de rua como uma opção de vida.

Uma entrevistada de UBS, por exemplo, disse que existem pessoas em situação de rua porque querem viver dessa forma, existindo uma minoria devido à dificuldades estruturais da sua condição de vida. Nas palavras da participante:

"(...) meu pai colocou um morador de rua para morar dentro do caminhão, deu um emprego, roupa, comida, usava o banheiro lá de casa. Aí ele começou a faltar no serviço. Quando o questionamos, ele

disse que estava acostumado a ser morador de rua, sem ter cobranças, sem ter patrão. Ele pediu as contas do serviço, saiu lá de casa e voltou a ser morador de rua de novo. Então é uma vida sem significado. Eles ficam nas quadras ingerindo bebida alcoólica ou usam até drogas e isso é a família deles! Pra nós isso não é normal, mas pra eles já se tornou uma coisa corriqueira, já se tornou uma coisa normal" (profissional de saúde UBS).

Essa dicotomia também aparece quando tratam sobre a possibilidade de conseguir uma moradia: alguns pesquisados mencionaram programas governamentais de auxílio financeiro e de moradia, afirmando que com isso todos aqueles que desejam conseguem ter uma casa para morar. No mesmo sentido, muitos deles alegaram que apesar de um vereador do município ofertar terrenos para a construção de moradias, há quem mesmo assim escolha morar nas ruas por uma questão de comodismo e falta de percepção da precariedade de sua situação. Em contrapartida, outros entrevistados ponderaram que nem todos conseguem uma morada, pois a dificuldade existe mesmo para as próprias trabalhadoras de saúde.

Ainda acerca desta questão, surgiram outras opiniões diversas, igualmente polêmicas. De um lado, referiu-se a miséria como algo determinante para permanecer em situação de extrema vulnerabilidade social, sendo dito: *"quem não tem condição só tem a rua mesmo. Não tem casa, nem emprego, está em uma situação de miséria"* (profissional de saúde UBS). De outro, alguns pesquisados consideraram que as pessoas em situação de rua têm apoio quando estão miseráveis, e assim deveriam conseguir melhorar sua situação, cuidar melhor de si do que usualmente o fazem. Isso foi exemplificado como algo possível por uma profissional de saúde que relatou o caso de um senhor morador de rua, que às vezes dormia no ponto de ônibus em frente à UBS para fazer curativo na manhã seguinte, o que ela via como uma responsabilidade sobre seu próprio cuidado. E assim, como um exemplo a ser seguido por outras pessoas em situação de rua.

Em outro grupo focal, os participantes referiram o morar nas ruas enquanto uma escolha, ainda que associada à uma condição de pobreza. Nesse sentido afirmaram que morar na rua é um comodismo, é algo como não querer sair de sua situação precária. Algumas profissionais justificaram que existem pessoas vivendo embaixo de uma ponte da cidade, e que, portanto, não precisam pagar contas, sendo possível ter pertences materiais (bicicleta, suas 'coisas'). Por isso não têm motivação para sair dessa situação.

Segundo uma entrevistada, tais sujeitos pensam da seguinte forma: *"para que eu vou ficar numa casa, pagar aluguel, pagar água, luz, imposto, se na rua eu tenho o que comer, o que beber e tenho onde dormir, e eu não preciso pagar nada?"* (profissional de saúde de serviço de saúde mental). Corroborando com o argumento, contam que um senhor em situação de rua disse ter lugar para tomar banho na praça onde mora e que recebe um benefício, assim não tem vontade de mudar a sua situação.

Quando foi questionado sobre a relação entre a miséria e as precárias condições sociais do país, enquanto causa para as pessoas não terem moradia, uma das entrevistadas afirmou que não adianta dar casa à tais sujeitos em situação de rua para promover melhorias em suas vidas, chamando atenção para a desorganização subjetiva destas pessoas. Disse a trabalhadora:

"Quem é desorganizado (...) não consegue gerir uma casa, uma família, nem aguenta morar sozinho. Porque não consegue pagar contas, e assim, perde essa casa. Se a pessoa não está na casa é porque não consegue gerir aquela situação, ou por uma escolha dela. Eles ganharem uma casa não resolveria. Tem alguns casos que eles não querem nem ir dormir no albergue porque tem que arrumar a cama de manhã, ou tem que tomar banho". (profissional do serviço de saúde mental).

Carneiro et al. (1998) referem-se à perda de emprego e às dificuldades de inserção no mercado de trabalho, enquanto elementos intrínsecos a existência dessa população. Diferentemente, nas entrevistas não foi muito

presente essa reflexão de que existe a questão econômica e social contribuindo para a produção de sujeitos em situação de rua. Ao que me pareceu, os participantes não demonstraram conceber que o Estado tem a função social de ofertar os direitos básicos de vida dos sujeitos (moradia, alimentação, saúde, educação e segurança). E assim, que as entidades Estatais têm o papel de acolher a dificuldade e promover uma vida digna às pessoas em situação de rua, assim como sua saída das ruas quando isso for desejado. Ao invés disso, os entrevistados pareceram enfatizar a culpabilização dos indivíduos por sua situação, descontextualizando à condição social em que se encontram.

Entretanto ressalto que considerar a condição social enquanto algo que contribui para estar em uma situação não significa afirmar que a população em questão é mera vítima de seu contexto. Diferente disso refiro a uma concepção de vulnerabilidade em que os componentes individuais e programáticos articulam-se com os componentes sociais (AYRES et al., 2005). Dessa forma, concebo que os sujeitos não estão vulneráveis por questões meramente individuais, nem simplesmente devido a um contexto social de miséria ou da ausência de acesso a serviços públicos necessários para se viver com dignidade. Porém, a impressão foi de que os entrevistados apresentaram uma perspectiva individualizante dos sujeitos, carecendo considerar os componentes sociais e programáticos em sua análise dos fenômenos pertinentes ao cotidiano de trabalho de cuidado à População em Situação de Rua. O que mais uma vez aponta para a importância de espaços de formação dos profissionais de saúde pautando esta discussão, visando qualificar o cuidado à População em Situação de Rua.

4.1.2.2) Migração ou a política do empurra-empurra.

Uma das falas recorrentes nos grupos focais foi de que em São Carlos, a maioria dos moradores de rua vem de outras cidades, e assim, o cuidado à estas pessoas deveria ser ajudá-las à retornar para suas cidades de origem. Com isso, é possível notar a persistência de resquícios da política anti-migrantes da cidade, predominante até a década de 1990, em que agentes do poder

público expulsavam os migrantes quando chegavam de trem a São Carlos em busca de emprego (OLIVEIRA, 2011).

Entretanto, é possível identificar uma germinação de mudança de concepção sobre os migrantes, ao deparar-se com falas de que alguns entrevistados pareceram compreender a complexidade de questões sociais tais como o desemprego contribuindo para a existência de pessoas em situação de rua. Afirmaram os participantes:

*"Existem pessoas que **migram** para São Carlos procurando recurso, acabam não conseguindo e assim vão sobrevivendo da maneira possível até conseguir um emprego para melhorar a condição de vida". (profissional de saúde de serviço de saúde mental).*

"Migrantes que vêm à São Carlos em busca de emprego, porque há uma propaganda de oportunidade de emprego, acabam não conseguindo e ficando nas ruas, pois não tem qualificação, nem documento, ou escolaridade". (entrevistado CREAS POP).

De forma semelhante, em uma pesquisa realizada no município de São Paulo (CARNEIRO et al., 1998), um profissional de saúde que atendia pessoas em situação de rua, observou que algumas delas haviam migrado para a capital, devido ao desemprego em sua cidade de origem, por desagregação familiar e por busca de cuidados à saúde. Nota-se a diferença dos dados encontrados na presente pesquisa com relação ao último item (procura por atendimento à saúde), pois tal questão não foi mencionada pelos pesquisados ao se perguntar sobre os motivos que levam as pessoas a morar nas ruas.

4.1.2.3) Saúde mental, álcool e outras drogas.

Segundo os entrevistados, outra razão que leva algumas pessoas à viverem na rua é sua "condição mental" e a ausência de um suporte familiar. Exemplificou uma das participantes:

"Esse senhor que conheci, perdeu a mãe e o pai, e ficou sozinho. Até foi noivo, mas perdeu a noiva também. Ela até se mudou quando eles terminaram, para não ficar vendo ele, porque ele foi para a rua. Ele se sentia sozinho e foi viver na rua. Era uma pessoa bem esclarecida, já tinha trabalhado. Quando mais novo teve problema com droga, mas acho que o apoio maior era o pai e a mãe. Quando ficou sozinho, foi pra vida. A solidão é muito ruim" (profissional de saúde de UBS).

De maneira semelhante, uma participante afirmou que viver nas ruas está relacionado a um problema emocional, em que há uma fuga dos conflitos familiares ou consigo: *"Eles precisam se gostar, parece que não se gostam. Vivem no mundo deles, se afundando"* (profissional de saúde de UBS, 2013).

Alguns entrevistados justificaram que viver nas ruas ocorre devido a "uma questão psíquica, pois em sã consciência jamais alguém escolheria morar nas condições precárias das ruas, passando frio, diversos tipos de necessidade e não batalhando por uma vida melhor" (profissional de saúde de UBS, 2013). Entretanto, para os entrevistados tal questão – que é entendida pelos pesquisados como um aspecto individual - pode estar associada a questões sociais mais amplas, as quais chamam de fatores educacionais, culturais, de recurso, e emocional e que são incapacitantes para as pessoas saírem da situação de rua. Neste ponto, a perspectiva dos participantes aproxima-se do conceito de vulnerabilidade, levando em conta que este compreende haver a articulação dos âmbitos social, relacional e intersubjetivo (AYRES et al., 2005). O que pode apontar para a potencialidade dos entrevistados em produzir um cuidado integral, pautado pela equidade e universalidade, ao se aproximar de um entendimento a respeito da complexidade do cuidar da saúde da População em Situação de Rua.

Porém, ao mesmo tempo em que expressaram essa potência reflexiva, nas falas dos participantes frequentemente esteve presente uma concepção reducionista de que morar nas ruas tanto é uma questão individual associada à falta de vontade em sair dessa situação quanto devido a um transtorno mental grave. A problemática nessas perspectivas está no fato de que ambas são

despontencializantes para um cuidado a essa população, porque são ou culpabilizantes ou vitimizante dos sujeitos, e assim, não instrumentalizam os profissionais para um trabalho de expansão da autonomia, conforme discute Ayres et al. (2005) ao tratar da importância do conceito de vulnerabilidade para um trabalho em saúde.

Além disso, essa questão do sofrimento mental dos usuários foi apresentada como sendo um impeditivo para contribuir à saída das pessoas à situação de rua. Uma das profissionais afirmou: *"Como é que resgata, eles querem ficar na rua, têm transtorno, pois ninguém normal fica na rua!"* (entrevistada do serviço de saúde mental, 2013). Apesar de alguns pesquisados considerarem que estar nas ruas não é uma anormalidade, outros entrevistados endossaram a fala de que moradores de rua não são normais – seja por transtorno mental, seja por dependência química.

No caso do uso de álcool e/ou outras drogas, a explicação também incluiu a questão do isolamento social, afirmando-se que o usuário se torna alguém de impossível convivência social com amigos e/ou familiares, e, por isso se tornando morador de rua. Relatou um participante:

"Acho que os usuários de drogas envergonham-se de sua situação, por isso tentam voltar para a família, mas não conseguem. Imagina um pai de família que tinha um trabalho e aí começou a beber ou começou a usar drogas? Se ele voltar pra família, ele não vai ser referência dentro de casa. Por isso ele vai ficar com vergonha, com culpa da situação que ele criou".

Devido a tais concepções, alguns participantes manifestaram descrença em relação a um cuidado às pessoas em situação de rua. Consideraram que mesmo quando os profissionais de saúde tentam cuidar dessas pessoas, oferecendo atividades de ressocialização para essa população (aula de Português, de computação), elas possuem o que foi chamado de 'uma tentação em ficar nas ruas'. Entretanto, uma participante apontou que um trabalho à família desses sujeitos é o caminho possível para fazê-los sair da situação em

que se encontram. Afirmou a participante a respeito da complexidade do fenômeno em questão:

"(...) a família é a estrutura! O álcool é o problema do morador de rua? A droga é o problema do morador de rua? Não é, porque é só consequência! A família tem que estar presente quando a pessoa está em uma clínica de reabilitação, conversando com ela e sofrendo com a situação, pois assim o usuário percebe que está prejudicando a família. Essa família tem que ter estrutura para poder ajudar a pessoa, para acolhê-la de volta para casa e em geral, a família não consegue lidar com a situação, por isso é preciso ajudá-la. É mais difícil lidar com essa família do que com o morador de rua em si". (entrevistada da UBS, 2013).

Apesar de reconhecer essa dificuldade em lidar com a família por considerar que muitas vezes não há responsabilização do cuidado pelos familiares ao seu ente, um dos participantes reconheceu existir preconceito dos profissionais de saúde com aquelas famílias em boas condições financeiras, mas que não tiram das ruas um parente nessa situação. Porém, outra participante ponderou: *"não é a família que deixa na rua, às vezes o morador não quer sair dessa situação! Ninguém sabe o quanto essa família tentou, e tem que verificar o que a família provocou pra ele!"* (entrevistada de UBS, 2013). E ainda, participantes do serviço de saúde mental mostraram compreender mais amplamente sobre a dificuldade da família em lidar com um familiar usuário de álcool e/ou outras drogas:

"A pessoa começa a ficar insana por conta do uso, vai perdendo tudo, não tem uma situação financeira, porque tudo que ela consegue é transformado em droga, em álcool. A família também acaba cansando de viver naquilo, porque ter um usuário de álcool de drogas dentro de casa é um inferno. A família não sabe como conduzir a situação, o tratamento é muito caro, só os privilegiados mesmo tem direito a um tratamento. Pela experiência que eu tenho, vejo que boa parte dos

moradores de rua estão com um vício né?" (profissional de saúde do serviço de saúde mental).

É interessante notar que na compreensão expressa pelos pesquisados parece que o consumo de álcool é a causa principal que leva as pessoas à situação de rua e às coloca em condições de vulnerabilidade. Contrariamente a tal concepção, de acordo com Varanda e Adorno (2004), os sujeitos em situação de rua já estão previamente vulneráveis, tanto nos aspectos afetivos e familiares, quanto econômicos; e isso é agravado pelo uso contínuo do álcool e outras drogas. Já Canônico et al. (2007), afirmam que o consumo abusivo de drogas e transtornos mentais possibilitam as pessoas morar nas ruas mas também as enfermidades podem ser decorrentes da permanência de moradia nos espaços públicos.

Porém, independente das drogas serem ou não uma das causas centrais que fazem as pessoas viver nas ruas, ponto que é preciso pensar o papel do Estado com relação a elas, e mais especificamente, dos serviços públicos de saúde e o cuidado por estes ofertado. Quando não há essa assistência, podemos dizer que o sujeito em situação de rua para além de encontrar-se em vulnerabilidade individual e social, está em vulnerabilidade programática (AYRES et al., 2005). Em todos os serviços de saúde entrevistados, essa discussão não esteve presente, o que pode apontar para importância de realizá-la através de espaços de formação dos profissionais a fim de qualificar o cuidado que realizam. Afinal, perceber-se corresponsável pelo cuidado a sujeitos que fazem uso abusivo de drogas e estejam nas ruas, amplia o acesso aos serviços de saúde, acreditando-se que isso melhorará a qualidade de vida dessas pessoas.

4.1.3) A família e suas nuances.

Alguns entrevistados discutiram mais especificamente a responsabilidade da família enquanto causa principal para haver pessoas em situação de rua. Muitos deles trataram os conflitos familiares (no sentido de não aceitar regras

impostas pela família) como motivos para pessoas morarem nas ruas, mencionando que neste processo de quebra de vínculos existe uma dificuldade dos sujeitos em lidar com a situação, desistindo de seus interesses e valores, se acostumando a morar na rua. Além disso, os pesquisados afirmaram que “as questões familiares envolvem o ambiente social de nascença, tal como os fatores culturais, de relacionamento, as condições econômicas e educacionais dessa família” (entrevistada UBS, 2013). De acordo com os pesquisados, isto pode produzir uma falta de apoio familiar, em que não há laço afetivo, sendo uma condição cultural diferente a dos pesquisados que disseram ter apoio familiar em momentos de dificuldades.

Foi apresentado por outro participante que esse conflito familiar pode ocorrer devido a diferentes motivos: abuso de álcool e droga, desemprego, morte dos pais - o que no último caso pode envolver questão de divisão de bens; e dos irmãos não quererem assumir a responsabilidade do cuidado a uma pessoa com algum grau de transtorno mental. Ademais, por conflitos de ordem afetiva tais como briga de marido e esposa produzindo uma ruptura na relação, e abandono do domicílio por parte do marido. Entretanto, quando questionei diretamente se haviam casos de violência doméstica enquanto causa para as pessoas morarem nas ruas, o entrevistado afirmou que nunca havia ouvido relatos.

Assim, apesar da menção dos entrevistados a diversos conflitos familiares, nota-se a ausência da referência à violência doméstica enquanto motivo para as pessoas morarem nas ruas – mais especificamente refiro-me a casos em que a pessoa prefere morar nas ruas porque sofre agressões constantes. Tendo em vista que os estudos de Escorel (1999) e de Canônico et al. (2007) afirmam que um dos motivos para as pessoas estarem nas ruas é a violência doméstica, essa divergência com a presente pesquisa suscita alguns questionamentos. O fato de não ser relatado esse tipo de situação para os cuidadores desses sujeitos (profissionais de saúde ou da assistência social), seria por realmente não ocorrer violência doméstica com essas pessoas em situação de rua de São Carlos, diferentemente do que ocorre nos municípios dos

estudos de Escorel (1999) e Canônico et al. (2007)? Ou será que existe uma invisibilidade a respeito do assunto, incluindo uma dificuldade em reconhecer as agressões familiares enquanto violência doméstica?

O fato de não mencionarem a violência doméstica ocorreu em todos os grupos focais/entrevistas, em um dos grupos até mesmo ocorrendo um silêncio após minha seguinte pergunta: *existe alguma situação em que é melhor estar nas ruas do que na casa da família?* E no momento seguinte, sendo respondido que hoje em dia a família está desestruturada, existindo casas em que coabitam enteados/enteadas e padrastos/madrastas, com isso sendo mais possível a violência doméstica, em que os segundos agredem os primeiros com tal gravidade a ponto de preferirem morar nas ruas a neste lar. E mesmo com esse exemplo em que não há menção de agressão cometida por progenitores biológicos, os participantes expuseram que dificilmente é melhor morar nas ruas do que na casa da família porque a rua é um lugar perigoso.

A partir dessas afirmações, a impressão é de que os participantes não estão apropriados da discussão sobre a violência doméstica, e quando pensam nessa possibilidade, parece não conceber que um progenitor biológico pode agredir o próprio filho. Tendo em vista que a violência doméstica pode ocorrer tanto através da agressão dos próprios progenitores quanto devido aos responsáveis pelas crianças (DESLANDES, 1994), é importante que os profissionais de saúde estejam cientes e atentos a tais possibilidades, visando produzir o cuidado necessário às vítimas de violência.

No entanto, é possível que os participantes compreendam que a situação de agressão ocorre, mas não nomeiem como violência doméstica. Em uma das UBSs, apesar da violência doméstica não ter sido apontada como motivo para estar nas ruas, ao abordarmos a respeito das dificuldades da rede de saúde, as participantes afirmaram conseguir fazer essas pessoas retornarem às suas casa e exemplificam com um caso de violência, nomeando a situação de “família desestruturada”:

"Uma vez veio um menino aqui, ele sentou e ficou quieto. Fui perguntar se ele queria alguma coisa e respondeu que queria achar sua casa. Liguei pra assistência social e eles acharam sua família, que veio busca-lo. Era lá do Cidade Aracy [bairro de São Carlos], essa família era desestruturada, já chegaram falando que bateriam nele, e queriam o matar". (profissional de saúde de UBS)

Assim, de forma geral foi notável o fato da violência doméstica não ter sido falado nas entrevistas como motivos de ir para as ruas. Pensando tanto no cuidado à população em situação de rua quanto aos usuários de forma geral, aponta-se que seria interessante incluir em processos de educação permanente a discussão a respeito da violência doméstica. Com isso, visando qualificar o cuidado produzido pelos profissionais de saúde de São Carlos.

4.2) Concepção de cuidado à saúde da população de rua.

4.2.1) Características e formas de cuidado.

Para as profissionais das UBSs, o trabalho com essa população deve ser em equipe multiprofissional e com educação em saúde (ensinar a importância de constantemente ser refeito um curativo, por exemplo). Além disso, deve ter a fundamental participação do psicólogo nos serviços de saúde e albergue, para ajudar a pessoa a sair das ruas, pois acreditam que *"através de atendimento psicológico a pessoa é capaz de atingir os motivos que os levou a essa situação"* e que *"o Psicólogo através da conversa consegue fazer a pessoa pensar se é melhor morar na rua"*. Mencionam também que o psicólogo deve realizar um trabalho de fortalecimento dos vínculos familiares para possibilitar o retorno ao lar, pois a família é a estrutura dos sujeitos e se estão em situação de rua é porque esse núcleo familiar precisa de ajuda. A respeito disso, disse uma participante:

"(...) tinha um paciente que era morador de rua e por mais que fosse ajudado sempre voltava para as ruas. Então acho que a família tem que ter responsabilidade! (...) Tem muitos moradores que pedem

dinheiro para comprar lanche e quando você vê está comprando pinga, assim existem vários fatores que envolvem o morador de rua e sua família: precisam de ajuda, e se responsabilizar. Tem familiares que tendem a se livrar da situação, não oferecendo apoio ao sujeito em situação de rua". (fala de participante de UBS, 2013).

Este mesmo argumento é utilizado em uma perspectiva de que os moradores de rua são migrantes, vieram de outras cidades, e assim é fundamental um trabalho com a família para que retornem aos seus municípios de origem. Mesmo que não intencionalmente, mais uma vez é possível que o subtexto dessa discussão seja de uma ação mais preocupada com a higienização das cidades e anti-migrante, de certa forma mantendo a mesma lógica das estações de trem que não permitiam a permanência daqueles que vieram de outras cidades em busca de emprego, como descreve Oliveira (2011).

Em outra perspectiva, algumas participantes discordam do posicionamento de que deve ser feito um trabalho com a família, afirmando que não adianta envolvê-la porque a maioria das pessoas em situação de rua pode voltar para casa, mas não o fazem por falta de vontade. E não, devido a impedimento dos familiares.

O entrevistado do CREAS POP pontuou que não somente a família, mas também os serviços de atenção básica à saúde e de assistência social devem ser fortalecidos como uma forma de prevenir que as pessoas cheguem a morar nas ruas. E quando há uma demanda de saúde mental, o sujeito e sua família devem ser acompanhados pelo CAPS, sendo orientados a respeito da dificuldade e importância em tomar a medicação (quando for o caso desse tipo de tratamento), envolvendo-se em seu próprio cuidado, assim buscando-se evitar que fique em situação de rua.

Na mesma lógica, da necessidade de uma continuidade do cuidado, os profissionais de saúde de serviços que cuidam da população de rua no município de São Paulo, afirmaram que quando internados em um serviço de saúde, o que é agravado quando estão debilitados devido a uma cirurgia, ou engessados (CARNEIRO et al., 1998). Isto aponta para a importância em

realizar-se um trabalho em rede, em que há um cuidado compartilhado entre a Assistência Social e a Saúde, por exemplo. Afinal, um usuário em extrema vulnerabilidade – tal qual a pessoa em situação de rua geralmente está - precisa de atendimentos de uma rede intersetorial, e não somente de serviços isolados.

4.2.2) Para além da higienização ou do assistencialismo.

Em uma das UBS afirmou-se que é preciso dar apoio às pessoas em situação de rua de forma moderada para ajudá-las a sair dessa situação, ao invés de se ter uma ação assistencialista que contribua para mantê-las acomodadas. Em sentido semelhante, em um serviço de saúde mental afirmou-se que grupos de apoios solidários dedicados a cuidar desses sujeitos muitas vezes contribuem para que permaneça naquela situação. Isso porque atende às demandas dessas pessoas que dessa forma vão se acomodando, chegando a pensar que se voltar para suas casas terão menos ganhos. Entretanto, o próprio participante concorda que se essas pessoas ficassem em uma casa, possivelmente passariam mais necessidades do que na rua, pagariam imposto, não comeriam, e não haveria alguém vendo que elas estão passando necessidade. Porém, a impressão é de que compreendem a situação enquanto uma escolha cômoda dos sujeitos, não a contextualizando na condição de vulnerabilidade, sendo uma estratégia para ameniza-la.

A contribuição de Ayres et al. (2005), sobre a proposta de ação através do uso do conceito de vulnerabilidade, de uma perspectiva nem vitimizadora, nem culpabilizadora é interessante para realização de uma intervenção buscando contribuir para a autonomia dos sujeitos. Para isso, compreende-se que a vulnerabilidade dos moradores de rua não é fruto de características identitárias dessa população, mas é efeito de relações sociais (AYRES et al., 2005) e intersubjetivas (AYRES, 2001). E assim, conforme propõe Ayres et al. (2005) para um cuidado a pessoas na situação da vulnerabilidade de forma geral, poderia contribuir para o cuidado às pessoas em situação de rua, um trabalho pautado na educação em saúde, em que a partir do diálogo sejam pensadas conjuntamente (profissional e usuário) maneiras dos sujeitos protegerem-se dos

fatores e condições que os tornam vulneráveis, ficando menos suscetíveis ao adoecimento ou a uma vida completamente despotencializante.

De uma forma mais elaborada, uma participante do serviço de saúde mental considerou que o Estado tem ações higienistas e assistencialistas, que não contribuem para a inserção do sujeito em situação de rua na sociedade. Afirmou haver muito preconceito tanto do poder público quanto da sociedade em geral que “*acha que o mendigo pode viver só com um pedaço de pão*” (fala de participante em serviço de saúde mental, 2013).

Outra reflexão interessante foi manifestada por participante do CREAS POP, incluindo a discussão da vulnerabilidade e em uma perspectiva dos serviços públicos buscarem ajudar as pessoas à transformar sua condição de vida. Nas palavras do participante:

"Quanto mais o governo trabalhar no sentido de orientar a população, facilita as pessoas saírem da rua. (...) Estão em uma situação de vulnerabilidade extrema, por isso é preciso garantir que a pessoa tenha condições de superar essa situação. Isso só vai acontecer a partir do fortalecimento da política, das relações, na atuação nas vulnerabilidades da política". (participante de entrevista no CREAS POP, 2013).

Proposta esta, mencionada pelo entrevistado, que ao orientar seria uma alternativa às abordagens higienistas ou assistencialistas. Afinal, fortalece-se o sujeitos ao orientar e reduzir a vulnerabilidade programática (como propõe o participante ao falar em fortalecer a atuação na vulnerabilidade política). Ademais, a importância em fugir da abordagem humanista ou assistencialista é devido ao fato de manterem invisíveis as necessidades das pessoas em situação de rua (AGUIAR; IRIART, 2012). Isso porque em ambas não há um trabalho de potencialização dos sujeitos, contribuindo para o fortalecimento de sua autonomia a fim de ampliar as redes inter-relacionais necessárias a uma vida com possibilidades diversas, para além de uma condição de miséria.

4.2.3) É diferente atender à população em situação de rua?

Algumas entrevistadas das UBS afirmaram não existir diferença entre atender a população de rua em comparação às pessoas que têm moradia, havendo até mesmo casos em que os moradores de rua cuidam-se mais adequadamente do que aqueles domiciliados, exemplificando isso ocorrer com relação ao fazer curativos de feridas diariamente. Para as entrevistadas, a questão da dificuldade de acesso à uma Unidade de Saúde ocorre somente em termos de distância física (dizem que no bairro onde está a UBS praticamente não há moradores de rua), e não, devido a possíveis limitações dos profissionais de saúde para atender essa população. O que contrasta com as informações de estudos sobre SUS e população em situação de rua, em que é pontuado ainda existir dificuldade e/ou estar inacessível um cuidado adequado nos serviços de saúde a tais pessoas (CARNEIRO; SILVEIRA, 2003). E que estando na condição da vulnerabilidade, é ainda mais agravada pelo estigma que sofrem, sendo muitas vezes excluída dos serviços do SUS (ROSA; CAVICCHIOLI; BRETAS, 2005), (AGUIAR; IRIART, 2012).

Isso quer dizer que se os moradores de rua já se encontram em situação de vulnerabilidade pelas condições precárias da própria rua (falta alimentação, local para realizar higiene pessoal, exposição a doenças e violências) e por questões de desfiliação social (CASTEL, 1998) que as levaram viver nas ruas, isso é agravado pela questão da vulnerabilidade programática (AYRES et al., 2005), ou seja, por ausência de cuidados pelos serviços públicos que lhes são de direito.

A constatação se aproxima da compreensão do participante do CREAS POP de que existe uma dificuldade de acesso em diversos âmbitos, afirmando o entrevistado que os moradores de rua deveriam ser atendidos por demanda espontânea nos serviços de saúde, pois já é difícil convencê-los a ir à unidade, quanto mais fazê-los comparecer a uma consulta agendada. Afinal, são imediatistas e não tem costume de cuidar da própria saúde. Justamente por isso, o pesquisado pondera ser desejável que o atendimento inicial seja feitos

nas ruas, havendo uma sensibilização aos profissionais e gestores da rede SUS e SUAS para que essas pessoas sejam cuidadas em sua integralidade.

O participante também abordou a necessidade de um manejo diferenciado a esses sujeitos, pois muitas vezes estão sob o efeito de algumas substâncias e podem ser mais agressivos, sendo preciso que o profissional tenha 'jogo de cintura' para fazer o atendimento. E que de forma geral, para esse trabalho é preciso um processo de estabelecimento de vínculo, de buscar promover pequenas mudanças, para alcançar um objetivo maior.

No município de São Paulo, as equipes de saúde da família que atendiam à população de rua tornaram-se equipes de Consultório na Rua a partir de agosto de 2013. Afirma a enfermeira de uma dessas equipes que a maior ferramenta para esse trabalho é o vínculo, pois possibilita o cuidado integral, e não simplesmente o administrar uma medicação, ação esta que não garante a saúde do sujeito (MELO, 2014). Semelhantemente, afirma Lanceloti (2012) a partir de sua experiência de trabalho do cuidado às pessoas em situação de rua, que o vínculo é imprescindível para possibilitar o encontro entre usuários em situação de rua e os profissionais de saúde, assim produzindo um cuidar significativo que seja potencializador dos sujeitos.

O entrevistado do CREAS POP ao mesmo tempo em que pontua a necessidade de um atendimento diferenciado, afirma que essa população tem semelhança com os demais usuários da assistência social, pois ambos têm as mesmas dificuldades e dilemas, estando igualmente em situação de vulnerabilidade social. De acordo com o pesquisado, a diferença entre eles seria apenas pelos moradores de rua não terem domicílio e encontrar-se em uma condição de dificuldade social extrema.

4.2.4) Consultório na Rua e a necessidade de serviços específicos para cuidar das pessoas em situação de rua.

Quando mencionei o Consultório na Rua perguntando aos entrevistados se achavam que poderia ajudar no cuidado aos moradores de rua em São Carlos, algumas participantes das UBSs afirmaram que isso não seria

necessário, porque, diferentemente das grandes metrópoles, na cidade não há um contingente suficiente que justifique a existência de tal serviço especializado. Mesmo com a informação de que no município existem cem pessoas em situação de rua de acordo com dados do CREAS POP, essas profissionais mantiveram a mesma opinião afirmando não haver grande quantidade. E ainda, acrescentaram que os moradores de rua existentes em São Carlos são provenientes de outras cidades, não devendo, portanto ser cuidados por serviços do município, mas encaminhados de volta aos seus locais de origem. Pontua mais uma vez que está presente um pensamento anti-migratório importante de ser desconstruído em espaços de discussão e formação desses profissionais de saúde.

Diferentemente, outras participantes da mesma UBS ponderaram ser interessante haver o Consultório na Rua na cidade, argumentando que com este tipo de serviço os moradores de rua criariam vínculo com os profissionais de saúde no lugar em que estão vivendo. O que não acontece na UBS, pois tais usuários frequentam ocasionalmente as unidades e têm dificuldade para confiar nos trabalhadores do serviço de saúde. Já os entrevistados de outro serviço de saúde acrescentam que o Consultório na Rua funciona somente à longo prazo - demora um tempo para tal cuidado fazer diferença na vida das pessoas - e com sujeitos que ainda estão entrando em situação de rua, pois para casos mais cronicados, tal estratégia de cuidado não é efetiva.

Outros participantes disseram que a prática do Consultório na Rua já é feita pelo CAPS e o CREAS POP, porque em alguns casos os profissionais destes serviços vão aos locais em que está essas pessoas atendê-las diretamente nas ruas. Entretanto, afirmam que não é um serviço com uma equipe estruturada, capacitada e credenciada, destinada exclusivamente para esse tipo de atendimento.

E, finalmente, houve manifestações de que não se acredita em qualquer tipo de cuidado para essas pessoas, devido à situação a que se encontram e não querem sair. Nas palavras dos participantes:

"(...) eu não acredito muito em um trabalho da saúde para essas pessoas. Então se você vai medicar essa pessoa, aqui os nossos que tem casa (...) a família dá a medicação, e eles não tomam, imagina uma pessoa que vive em situação de rua? Se ela não consegue carregar nem seus trapos, imagina carregar os trapos, a medicação, a receita, o cartão do médico e fazer um exame? É muito difícil ter uma organização".

"A primeira vez que a pessoa vai tomar remédio por três dias. Nem a comida eles vão atrás sempre, tem um restaurante popular que é de graça e mesmo assim tem dias que eles não vão, dizendo estar com preguiça. Então não é só você dar a possibilidade de um tratamento, engloba várias outras questões".

Tais falas demonstraram um desconhecimento sobre a proposta do Consultório na Rua (BRASIL, 2012a), em que se propõe a praticar um cuidado pautado na lógica do território vivo, realizando busca ativa dos usuários e gradualmente vinculando-se a eles. Somente a partir disso, consegue-se paulatinamente trabalhar a importância do autocuidado que é possível de ocorrer nas ruas! Dessa forma, supõe-se que as falas dos participantes sejam pautadas em estigmas, concebendo-se que é impossível cuidar dessas pessoas em situação de rua, e muito menos de ter como perspectiva que elas incorporem o autocuidado. Assim, o quanto essa concepção estigmatizante pode fazer com que equivocadamente se negligencie um cuidado à saúde da população, que lhes é de direito?

Distinguindo-se da concepção de alguns profissionais de saúde de São Carlos, que desacreditam da necessidade de um serviço específico para cuidar das pessoas em situação de rua, Carneiro et al. (1998) em um estudo realizado em São Paulo encontraram que alguns profissionais de saúde concebiam ser necessário um serviço específico para esta população. E isto era anterior às implantações do equipamento de saúde Consultório de Rua, em um contexto em que tais trabalhadores de uma UBS atendiam regularmente os moradores de rua. De acordo com tais pesquisados, a unidade de saúde específica para

pessoas em situação de rua deveria acolher estes sujeitos, estar mais próxima delas e articular seu cuidado na rede intersetorial da saúde e assistência social (CARNEIRO et al., 1998). É interessante notar a semelhança desta proposta realizada na década de 1990 com o que se tornou o Consultório na Rua (BRASIL, 2012a), mostrando uma perspectiva de que essa responsabilização do SUS com a população de rua deve ocorrer. No ano de 2013, quando foi coletado os dados da presente pesquisa, apesar da existência dos Consultórios na Rua (mesmo que ainda tímida) no estado de São Paulo, os profissionais de saúde que atendem a essas pessoas demonstraram não ter nem conhecimento do serviço, e nem uma proposta de cuidado, sendo apontado que é necessário trabalhar tal questão em processos de formação.

4.3)Cuidado à saúde realizado pelos profissionais a População em Situação de Rua.

4.3.1) Acesso e adesão.

De acordo com os participantes de uma das UBS, os moradores de rua são atendidos no serviço a partir das seguintes situações: frente à solicitação de consulta pelo CREAS, quando sofrem acidentes e devido à necessidade de outros cuidados pontuais (administrar medicamentos de tuberculose, curativos e consultas). A outra UBS afirmou que de forma geral, os moradores de rua chegam à unidade trazidos pelo CREAS POP. E como o serviço em questão localiza-se em um bairro de classe média, é escasso o atendimento a pessoas nessa situação, pois preferem ir às UBS mais próximas de seus locais de permanência (em uma praça próxima ao cemitério, ou na estação de trem). Em todos os casos, ressalto que não aparece nas falas um trabalho de busca ativa e/ou de coordenação do cuidado a essas pessoas, por mais que estejam vivendo nas ruas do território de abrangência das unidades.

Diferente disso, o Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza é porta de entrada e realiza um acompanhamento contínuo e integral aos usuários em situação de rua. Além disso, encaminha tais pacientes aos demais serviços

de apoio a essa população, tais como albergues e Centros de Convivências, faz o acompanhamento pelo ACS para retirada de documentos de identidade pessoal, trabalhando com uma perspectiva ampliada de garantir os direitos da pessoa enquanto cidadã (CANÔNICO et al., 2007).

Através da experiência exitosa supracitada, não pretendo fazer uma comparação direta com os serviços de saúde de São Carlos, mas evidenciar a diferença visando contribuir na compreensão da especificidade das UBSs pesquisadas. Considero que o fato das Unidades Básicas de Saúde pesquisadas não serem nem porta de entrada nem coordenadoras do cuidado aos usuários em situação de rua pode estar relacionado à organização interna dos serviços, em aspectos que estão para além de uma dificuldade em cuidar de pessoas em situação de rua, mas também de funcionar de forma territorializada, realizando busca ativa e fazendo parcerias produtoras de um cuidado compartilhado intra e intersetorialmente. O que não exclui a hipótese de que tudo isso reflète que o cuidado à saúde da População em Situação de Rua não se apresentou uma prioridade para as gestões municipais até o momento em que esta pesquisa foi realizada.

Para além da possível existência de uma dificuldade dos serviços em receber os famigerados “mendigos”, por questões de preconceitos e de não saber lidar com essas pessoas, de acordo com os entrevistados a própria população tende a não aderir ao tratamento. Disseram que o consumo de álcool e/ou droga prejudica a adesão, pois quando estão sob efeitos das substâncias eles não aparecem no serviço. Outra explicação apresentada foi que a não adesão ao tratamento também é devido a dificuldades sociais, financeiras, econômicas, falta de apoio da família.

Enfatiza-se a importância em flexibilizar fluxos, o manejo e o próprio projeto de cuidado dos usuários quando estão em situação de rua para tornar mais facilitada essa aproximação com os serviços de saúde, conforme afirmam Carneiro e Silveira (2003). É no mesmo sentido que refletiu o entrevistado do CREAS POP ao falar sobre atividades de Ensino de Jovens e Adultos (EJA) e de inclusão digital os quais participavam moradores de rua, relatando que tais

projetos foram cancelados por terem normas as quais não eram seguidas por seus frequentadores. Disse o participante:

"Considerávamos ser melhor garantir o direito a frequentar os espaços e trabalhar com os usuários ao longo do processo buscando sua adesão do que excluir a participação dos faltosos, ou mesmo do projeto pelo baixo número de participantes".(fala de participante de entrevista CREAS POP, 2013).

Em suma, conforme afirmam Carneiro, Jesus e Crevelim (2010), a dificuldade de acesso aos serviços de saúde está relacionada à organização técnico-administrativa dos serviços tais como exigir documento de identificação pessoal. E também, restringir atendimento a demanda espontânea, uma vez que pelo cotidiano cheio de incertezas, muitas vezes o usuário morador de rua não consegue ir a consultas agendadas. Assim, para além de ser necessário flexibilizar a organização dos serviços de acordo à demanda dos usuários, é preciso realizar-se um trabalho pró-ativo para garantir o acesso, através de ações como, por exemplo, a busca ativa dos usuários em situação de rua (CARNEIRO; JESUS; CREVELIM, 2010).

Além disso, o precário acesso dos sujeitos está relacionado com a questão da concepção do adoecimento-cuidado, dos preconceitos de profissionais e usuários, em que se criam vínculos precários; e das fragilidades de um trabalho intersetorial, para que o acesso aos serviços exista de forma ampliada (CARNEIRO; JESUS; CREVELIM, 2010). É dessa forma que se refere ao acesso enquanto algo organizacional e sociocultural, para além de geográfico e econômico, podendo descrever a capacidade de um serviço permitir ou não o cuidado a uma população (HORTALE et al., 1999 apud CARNEIRO; JESUS; CREVELIM, 2010). Assim, com relação ao acesso identifica-se:

"(...)é preciso intervir nos aspectos relacionados à vulnerabilidade programática, de modo a garantir a acessibilidade e, assim, diminuir a

iniquidade tão presente nesse segmento populacional (Carneiro, Junior e Silveira, 2003; Jesus, 2006 apud Carneiro, Jesus, Crevelim, 2010)

4.3.2) Vínculo profissional/morador de rua.

Algumas entrevistadas de UBS relataram somente saber qual a cidade de origem dos usuários moradores de rua, mas não terem informações sobre suas famílias, porque eles contam pouco sobre sua vida. Porém, quando são encaminhados por serviços especializados, as profissionais de saúde conseguem ter mais informações através destes equipamentos. Afirmaram que têm pouco tempo para conversar com o paciente, sendo algumas enfermeiras quem conseguem escutá-los no acolhimento, mas também auxiliares de enfermagem quando fazem os curativos. Pontuaram que a grande quantidade de demanda do serviço dificulta ter tempo para conversar com os pacientes e fazer ações de promoção à saúde.

Entretanto, foi mencionado que há dificuldade em vincular-se com esse usuário porque em geral eles apresentam uma atitude defensiva, não conversando quando o profissional se esforça para isso. As entrevistadas disseram acreditar que muitos usuários se sentem culpados por morar nas ruas, por saberem que estão errados e por esse motivo acham que não vale a pena conversar porque o profissional de saúde será mais uma pessoa a criticá-los. Acrescentaram considerar que essa atitude não seria completamente descabida, pois existe muito preconceito por parte de alguns profissionais, sendo mencionado que atendem essa população por fazer parte de sua profissão, mas que na vida pessoal evita-se o contato por medo dessas pessoas.

A sugestão do participante do CREAS POP para o frágil vínculo dos cuidadores aos usuários em situação de rua foi a seguinte:

“para cuidar desta determinada população é preciso o profissional ter perfil, se capacitar, ter estratégias de intervenção diferenciadas. E isso era buscado no atendimento realizado pelos profissionais do CREAS POP”. (entrevistado CREAS POP, 2013).

O que é interessante, justamente por convergir com a estratégia da formação dos profissionais responsáveis pelo cuidado aos usuários, apresentadas na Política Nacional para a Inclusão da População em Situação de Rua (BRASIL, 2008a), apontando para uma potencialidade do trabalho que era desenvolvido pelo CREAS POP.

No mesmo sentido, da necessidade em ser reforçada a formação de profissionais, Canônico et al. (2007) afirmam sobre os enfermeiros de UBS:

“É preciso aguçar nestes profissionais, não apenas o interesse em atender essa população, mas desenvolver a habilidade da escuta, seu principal instrumento de trabalho. Sem conhecer a história da pessoa que mora na rua, suas adversidades e, sem atentar para suas queixas, certamente não será fácil descobrir suas reais necessidades”
(CANÔNICO et al., 2007)

Outra estratégia que facilita a vinculação é o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em que há o acompanhamento mais próximo e contínuo dos usuários, a busca ativa e as frequentes visitas domiciliares (CARNEIRO; JESUS; CREVELIM, 2010). Sendo estas características mais intrínsecas do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, mas que também devem ser incorporadas pelas UBS e os CAPS. O que ocorreu na experiência do projeto Gente na Rua em que havia um trabalho territorializado, conseguindo obter bons resultados com relação à produção de saúde das pessoas em situação de rua. Além disso, as equipes participantes do projeto tinham as seguintes atribuições: prestar assistência no território onde estava o morador de rua, de acordo sua necessidade; atuar com base comunitária, promovendo a comunicação, vínculo e compromissos compartilhados com demais equipamentos da comunidade, buscando promover a saúde (CARNEIRO, JESUS E CREVELIM, 2010). Ao deparar interessantes experiências como esta, questiono: poderiam os serviços de saúde inspirar-se nesta forma de organização do trabalho, buscando produzir um cuidado de qualidade aos

usuários em situação de rua?

4.3.3) Especificidades do trabalho do CAPS.

Os entrevistados deste serviço relataram que são feitas algumas visitas em equipe a usuários moradores de rua em seu local de permanência, mas isso não ocorre de forma sistematizada. Além disso, no caso dos usuários albergados existe comunicação com os funcionários do albergue, como se fossem a família dos usuários domiciliados, por serem aqueles que cotidianamente estão envolvidos no cuidado dos sujeitos em questão.

Os participantes disseram reconhecer a comunidade terapêutica como um local possível para fazer a internação compulsória do usuário de droga, quando existe a necessidade. Entendimento este que acredito precisar ser trabalhado pela gestão local e central de saúde, uma vez que as Comunidades Terapêuticas apresenta práticas desumanas e iatrogênicas, se distanciando das propostas de atenção psicossocial defendidas pela reforma psiquiátrica (PERRONE, 2014), assim como da rede de cuidado para a população em situação de rua, que consta na PNPSR (BRASIL, 2008a)

Porém, ao mesmo tempo analiso que tais profissionais de saúde concebem as Comunidades Terapêuticas como um espaço de cuidado devido a falta de estruturação da rede de saúde mental de São Carlos. O que inclui a ausência de leitos nos hospitais gerais para internação de curta permanência de crises dos casos graves de saúde mental em que o sujeito em sofrimento coloca a si mesmo ou os outros em risco de vida.

4.3.4) Especificidades do trabalho do CREAS POP.

De acordo com o entrevistado do CREAS POP, os usuários ficam durante o dia em tal serviço de assistência, e de noite frequentam o albergue noturno, estabelecimento que procura atender somente a população São Carlense para regular o fluxo de pessoas, pois existem muitos sujeitos em trânsito pelo estado. O pesquisado relatou que no período em que trabalhou no serviço, sua equipe conseguiu afinar a definição dos procedimentos de atendimento, e o perfil a ser

atendido. Disse ele: “Para que a pessoa fosse atendida no nosso serviço ela tinha que ter histórico de rua, estar em condição de vulnerabilidade social extrema, ser morador de São Carlos” (entrevistado CREAS POP, 2013).

O participante em questão mencionou que sua equipe do CREAS POP não trabalhava com a perspectiva da saída das ruas; ao invés disso, as ações ocorriam no sentido de fortalecer o vínculo e estreitar as relações com essa população para mobilizar suas potencialidades e assim, sair das ruas por conta própria. Acrescentou que para atingir tal finalidade, considera não funcionar se são realizadas somente ações pontuais assistencialistas.

Com isso, somado às demais falas dos participantes da presente pesquisa, pareceu-me que a concepção geral dos pesquisados foi de que não é aceitável as pessoas viverem nas ruas. O que de um lado, pode expressar uma preocupação com tais usuários, mas por outro lado, também demonstra uma perspectiva normatizadora, em que é inaceitável a escolha dos sujeitos. Afinal, porque não poderia ser algo aceitável? Se essa população se tornar provida de cuidados nas próprias ruas e conseguir viver minimamente com dignidade, qual seria o impedimento para aceitarmos isso? Afinal, será que não existem casos em que viver nas ruas é melhor do que em uma casa, tendo em vista que condições de vulnerabilidade diversas também podem estar presentes em domicílios extremamente precários? Ou então, será que em alguns casos uma família exige maneiras de estar no mundo que são incompatíveis a uma vida que os sujeitos desejam viver, e sendo assim, qual seria o problema em respeitar esta escolha?

Apresentou o entrevistado do CREAS POP que no caso dos migrantes o trabalho da assistência social era de priorizar um atendimento em torno do perfil desta pessoa, questionando: Por que ela está na cidade? O que ela busca na cidade? Ela tem possibilidade de ficar ou não? A partir disso sendo pensada a intervenção a ser feita junto a esse sujeito. Além disso, que se trabalhava com a ideia de retomar e fortalecer os vínculos familiares, para o usuário retornar a sua cidade de origem. Porém, nos casos em que a pessoa não quisesse fazer isso, era dado o direito de permanecer na cidade. Em muitos casos, conseguiam

contatar a família e fazer o retorno dessa pessoa para a casa, tendo o apoio da assistência social do município de origem da pessoa. Isto ilustra a importância de um trabalho em rede intermunicipal, para além da rede de serviço dentro do próprio município, tendo em visto a mobilidade dos sujeitos em população de rua.

Sobre o processo de trabalho do CREAS POP, o pesquisado relatou que sua a equipe investia bastante em ações coletivas, realizando reuniões, discussões de estratégias, e de capacitação dos profissionais. Iniciaram um processo de buscar supervisão e aprimoramento, porque perceberam que muitas das estratégias utilizadas não surtiam efeito, sendo preciso inventar novas maneiras de atuar com essa população. Considero isso bastante potente para qualificar o trabalho do serviço, e que caso tais iniciativas tenham sido perdidas é importante resgatá-las. Seja pela própria equipe vigente do CREAS POP, seja pela gestão local ou a gestão da Secretaria de Assistência Social e Cidadania.

4.3.5) Sugestões para melhoria do trabalho.

Em diversos momentos foi dito que é preciso ter um trabalho de rede intra e intersetorial para possibilitar o cuidado a população em situação de rua. Além disso, que seja feita uma cartilha orientando usuários e trabalhadores da rede a função de cada serviço.

Com relação à Atenção Básica, as sugestões foram de que sejam sensibilizadas as unidade de saúde para o atendimento a tal público, dessa forma sendo o cuidado à população de rua feito no próprio território, e não somente no CREAS POP. Isso porque se considera que em São Carlos, o serviço da Assistência Social é a porta de entrada, mas as próprias UBSs no território poderiam cumprir tal função. Os casos que chegam ao CRAS (Centro de Referência da Assistência Social, que são o serviços de atenção básica da assistência social), por exemplo, poderiam ser encaminhados para Unidades de Saúde, sendo a população acompanhada no território. Ademais, os próprios

CRAS poderiam trabalhar com fortalecimento de vínculos familiares e comunitários não precisando o usuário chegar ao CENTRO POP.

O participante argumenta que tendo toda região tem uma UBS de cobertura, o desafio está na *organização da rede e dos serviços*. Considerou que quando há precariedade, déficit de recursos e falta de funcionários, você tem que trabalhar em rede e capilarizar para dividir esforços, que é difícil a população de rua conseguir chegar a serviços como CAPS-AD, Centro-Pop e CAPS-II, de saúde mental, porque muitas vezes são distantes de onde estão e isso envolve custo de passagem.

De acordo com o que foi pontuado pelo participante a respeito de que para além do CREAS POP, os serviços que estão nos territórios precisam tornar-se porta de entrada para as pessoas em situação de rua, pode-se refletir a respeito da organização da rede que precisa se adaptar as necessidades dos usuários, como discute Cecilio (1997). O autor discute que as experiências municipais mostraram que o modelo piramidal⁵ de organização dos serviços não atende ao itinerário da população na rede de saúde. Isso porque os usuários tendem à acessar serviços de urgência, e assim, simplesmente negar atendimento os informando que deve ir as unidades básicas de saúde tende a dificultar o acesso a rede quando o usuário por diversos motivos não consegue ser atendido nas UBS. Frente a isso, Cecilio (1997) propõe que os serviços se organizem em modelo de círculo, ao invés de pirâmide, em que as portas de entrada sejam múltiplas, em qualquer serviço do SUS. E, para além disso, de toda uma rede intersetorial (como por exemplo as escolas, farmácias e estabelecimentos comerciais de bairro, creches). Com isso, as pessoas seriam acolhidas em quaisquer serviços que buscassem e então, responsavelmente

⁵ Consiste em uma forma de organização dos serviços de saúde em que a atenção básica seria a base da pirâmide e a porta de entrada primordial (praticamente exclusiva) dos usuários, seguido dos serviços de especialidades, e no topo da pirâmide estaria o setor hospitalar (CECÍLIO, 1997).

encaminhadas para os serviços onde teriam a continuidade de seu cuidado. O encaminhamento responsável seria articular o atendimento diretamente com o local onde será encaminhado o usuário, o orientando de forma a compreender este fluxo, conseguir e saber chegar ao estabelecimento no momento pactuado.

No caso do atendimento aos moradores de rua de São Carlos o que foi pontuado por um participante foi a necessidade em ampliar não somente as portas de entrada, mas também o próprio cuidado que acaba ficando muito centralizado unicamente no CREAS POP, quando muitas demandas poderiam ser atendidas na própria atenção básica tanto da saúde quanto da assistência. Assim, avalio que seja importante os serviços responsáveis pelo cuidado da população de rua em São Carlos: em primeiro lugar compreendam que são também responsáveis pelo cuidado a essas pessoas, e não somente o CREAS; constituir-se enquanto uma Rede de Atenção à População em Situação de Rua. Dessa forma, que sejam múltiplas as entradas destas pessoas nos serviços que necessitarem a fim de obter cuidados, seja na saúde, assistência, educação, cultura...

De acordo com Mendes (2011), as redes são formas de organização social, compostas por diversos estabelecimentos que buscam atuar conjuntamente, compartilhando um objetivo em comum, tendo relações estáveis, não hierárquicas, em que prevalece a cooperação e a confiança, havendo interdependência e trocas constantes de recursos e serviços. De forma geral, as Redes vêm sendo implementadas desde a década de 1990 no Brasil, visando superar modelos hierárquicos e burocráticos, fortalecendo o controle público dos serviços de mesmo caráter. São propostas para administrar políticas e projetos com escassez de recursos assim como complexidade de problemas. Assim, para além do que foi apontado pelo pesquisado, de que as redes servem para trabalhar-se quando os serviços são precários, é importante que os profissionais de saúde/assistência visualizem a potência do trabalho em rede também porque é mais efetiva para problemas complexos. Tal como o são os de pessoas em situação de rua, dessa maneira aumentando a possibilidade de ser promovido um cuidado integral aos usuários.

Mendes (2011) também afirma que um critério fundamental para as redes é a questão do acesso aos serviços, sendo configurada por desenhos institucionais mesclando elementos de concentração e dispersão dos diversos serviços e sistemas de apoio que as compõe. Assim, corroborando com o que foi dito pelo entrevistado do CREAS POP, é preciso que outros serviços permitam o acesso a uma rede de cuidados.

Para os serviços que fazem parte dessa rede de cuidados aos moradores de rua, disse o pesquisado que seria necessário ter pessoas com formação adequada para este trabalho, equipes que se propõem a montar diretrizes, serem definidos os procedimentos necessários para este cuidado, organizar os atendimentos, e esclarecer a população. Foi sugerido que seja feito um protocolo de atendimento inicial e um fluxograma de atendimento, sendo uma escuta inicial feita com o psicólogo, para saber qual é o problema do usuário em situação de rua, e assim possibilitando o direcionamento do tratamento.

Além disso, sugeriu o entrevistado que sejam definidas as diretrizes da Política da População em Situação de Rua em São Carlos de maneira conjunta entre gestão e os trabalhadores promovendo-se a integração entre as políticas, e o trabalho em rede intra e intersetorial. Outra sugestão foi a criação de um protocolo unificado intermunicipal de atendimento a essa população visando não sobrecarregar algumas cidades que acabam acolhendo pessoas em situação de rua que são expulsas de outras cidades.

De forma semelhante, Cecilio (1997) propõe a construção de protocolos e fluxos de atendimento para qualificar o serviço prestado para o setor hospitalar. No caso de ser criada uma rede de cuidados à população em situação de rua, sugiro que seria interessante não somente construir protocolo de um serviço, mas de toda a rede de cuidado a população de rua. Assim, havendo reuniões regulares e frequentes dos serviços; e conjuntamente definindo-se os fluxos e papéis de cada serviço.

Para a melhoria do próprio processo de trabalho, alguns pesquisados sugeriram realizar-se parceria entre o Albergue e CREAS POP com a Secretaria de Saúde, para que os trabalhadores da UBS conheçam o trabalho e o espaço

do albergue e do CREAS POP, ampliando o vínculo e aprendendo como conversar com os usuários. Os pesquisados disseram que esse diálogo é precário na UBS, pois em tal local os usuários ficam mais calados do que no albergue e no CREAS POP. Isto porque estes são espaços em que sentem mais à vontade, enquanto que no serviço de saúde os demais usuários mostram-se desconfortáveis com a presença dos moradores de rua, o que pode intimidá-los.

Outra sugestão foi de haver uma equipe de enfermagem no albergue e no CREAS POP, para facilitar cuidados à saúde que precisam ser feitos constantemente (curativos, medicações injetáveis) e porque a enfermagem tem bastante vínculo com os usuários, se aproximando mais facilmente deles do que o psicólogo e o fisioterapeuta. Analiso que esta ideia pode estar relacionada à falta de compreensão a respeito de um trabalho em rede. Afinal, se os enfermeiros dos serviços de saúde estivessem suficientemente presentes para prestar os cuidados necessários, para que seria preciso ter um enfermeiro no albergue? E, além disso, é importante que os albergados possam circular pelos diversos equipamentos públicos e pela cidade, como um todo, pois propor que todas as questões sejam resolvidas em uma única instituição tende a produzir a lógica de uma intuição total (BAREMBLITT, 2003), o que por excelência é algo adoecedor, despontecializante dos sujeitos. Assim, mais uma vez, observa-se que a rede de cuidados à População em Situação de Rua de São Carlos mostrou-se fragilizada. E ainda, algumas sugestões dos participantes acabam sendo no sentido da produção de uma anti-rede, quando propõem que um serviço consiga cuidar de todas as questões dos sujeitos, por exemplo.

Ademais, alguns serviços falaram sobre a necessidade em se ter um automóvel (van ou perua) para fazer a busca dos moradores de rua que precisam de atendimento, semelhante ao que está previsto no projeto do Consultório na Rua. E assim, poderia ser feito por tais equipamentos de saúde se fossem implantados no município.

Por isso e por outros motivos supracitados, alguns participantes afirmaram que é importante a criação do Consultório na Rua no município, para fazer um atendimento inicial mobilizando a população a ir às unidades de saúde,

porque naturalmente não adere aos atendimentos nos serviços de saúde. Consideraram que o consultório de rua seria o caminho mais efetivo para cuidar dos moradores de rua porque o trabalho deste serviço é feito no espaço da rua, o que consiste no atendimento, o cuidado, os procedimentos iniciais necessários de cuidado para sensibilizar os serviços de saúde.

4.4) Conhecimento sobre a rede e intersectorialidade.

4.4.1.)O CREAS POP.

O participante do CREAS POP afirmou que a Política e a atenção especial da Assistência Social do município de São Carlos trabalhavam com uma visão intersectorial, tendo tal Centro de Referência uma relação muito estreita com alguns serviços de saúde (mencionou duas UBSs, uma UPA, e dois hospitais do município sendo os serviços com quem mais trabalham). De acordo com o trabalhador a relação do CREAS POP com os serviços de saúde mental era pontual, tendo sido iniciada uma aproximação através de trocas de informações e estabelecimento de fluxos, mas que não se efetivaram.

De forma geral, os trabalhadores das UBS afirmaram não ter conhecimento sobre o papel e o atendimento do CREAS POP, sabendo somente que o serviço encaminhava os usuários para a UBS. Uma minoria das participantes mostrou ter maior noção sobre o funcionamento do serviço, dizendo que o sujeito em situação de rua pode passar o dia neste somente se não tem condições de trabalhar, em casos de transtorno mental, por exemplo. Além disso, que existe um psicólogo no serviço.

Outros participantes, mesmo afirmando desconhecer o CREAS POP , emitiram opiniões de acordo com seu imaginário:

“(...)a dificuldade do serviço é conseguir fazer os moradores de rua retornarem à sua casa, pois eles querem permanecer em situação de rua. Em alguns casos, uma pequena briga com os familiares faz com que vá morar nas ruas, e estes ficam desesperadamente procurando o parente que fica perdido sem domicílio Meu marido encontrou um

menino, lá da cidade dele, que estava aqui em São Carlos na rua. Então, ele ligou para a família pra avisar e eles acharam que estava morto há anos" (fala de participante de uma UBS, 2013).

Outra opinião de participantes que disseram não conhecer o CREAS POP:

"o apoio oferecido pela Assistência Social é de boa qualidade, pois conseguiram a aposentadoria do senhor morador de rua de quem cuidaram. Ao mesmo tempo aponta uma falha do setor, relatando que para receber o benefício, era necessário possuir um endereço" (entrevistada UBS, 2013).

Os participantes do serviço de saúde mental demonstraram saber o que faz o CREAS POP, relatando que realiza busca ativa das pessoas em situação de rua, as direcionando, analisando suas situações e assim, avaliando o que pode ser feito no município. Além disso, tenta fazer essas pessoas retornarem para suas famílias, oferecem suporte para retirada de documentação pessoal, para administrar a própria vida em geral, e que no serviço é possível passar o dia, havendo oferta de oficinas e de refeições. Acrescentaram que algumas vezes, o caso é encaminhado para o CREAS POP devido a denúncias da vizinhança.

Esse evidente maior conhecimento a respeito do CREAS POP pelo serviço de saúde mental do que com as UBS indica existir maior proximidade entre os primeiros, apesar do descompasso entre relatos de CREAS POP e saúde mental, o que pode indicar uma diferença de expectativas quanto ao grau de parceria. Assim, tais serviços de Atenção Básica estariam pouco apropriados e responsáveis por esse cuidado à população de rua? E, por outro lado, haveria uma tendência dos profissionais da rede de saúde e assistência de São Carlos em atribuir a condição de doença mental às pessoas em situação de rua, o que justificaria essa maior proximidade com os CAPS?

Entretanto, é interessante notar a discrepância das opiniões entre o CREAS POP, o serviço de saúde mental e as UBS. Afinal, de acordo com o

trabalhador de tal serviço da assistência social, existe maior integração entre este com os serviços de atenção básica do que com o serviço de saúde mental. Essa contradição indica mais uma vez a falta de organização e, talvez possa se dizer de uma inexistência, de uma rede de cuidados à população em situação de rua em São Carlos. Ao que parece, os serviços de forma geral atuam separadamente, quando muito havendo encaminhamentos de um serviço para o outro, sem haver um cuidado compartilhado.

4.4.2) O Albergue.

O participante do CREAS mencionou parceria com albergue e em diversos momentos da entrevista apresentou conhecer o funcionamento do serviço. Relatou que este existe há mais de 15 anos na cidade.

Alguns trabalhadores das UBS também demonstraram conhecer um pouco o serviço, dizendo que neste trabalham psicólogos, pelo qual todos os usuários são atendidos ao chegar lá, o que consideram ser um primeiro passo para realizar um cuidado efetivo à população de rua. Além disso, que no albergue é aberta uma ficha para acompanhamento com uma assistência social, porém, muitos albergados não recebem esse cuidado, sendo restritos apenas a dormir no local. Os pesquisados avaliaram que falta um acompanhamento em saúde no albergue, pois os albergados atendidos na UBS constantemente aparecem com feridas infeccionadas em que precisaria ser refeito o curativo cotidianamente.

As entrevistadas relataram também que de acordo com as normas do albergue, depois de uma semana a pessoa em situação de rua que não é da cidade deve ir embora, afinal, prioriza-se aquele que é do município. Explicaram que em tais serviços, os cuidadores verificam porque a pessoa está naquela situação, sem família nem trabalho, e lhes dão uma semana para procurar trabalho durante o dia. Assim, justificam tais pesquisadas que são oferecidas condições suficientes para a pessoa sair da situação de rua.

É interessante notar que não há um questionamento quanto a esta forma de funcionar o albergue, com relação à priorização das pessoas de São Carlos e, de certa forma, a expulsão dos migrantes. Esta naturalização da expulsão dos migrantes, é recorrente nas falas dos profissionais e talvez ocorra por um resquício ideológico de que os migrantes não devem ir à cidade a qual não são originários, pois roubarão seus recursos escassos prejudicando a população local. Além disso, a ideia de expulsão dos migrantes possivelmente está amparada em um entendimento de que cada município deve isoladamente cuidar de suas questões. Com isso, parece que as entrevistadas não conseguem pensar de acordo a uma lógica de regionalização, em que está presente a intermunicipalidade. Ou seja, que os diversos municípios coletivamente contribuem para o cuidado de uma população trecheira, havendo contrapartidas quando necessário (como por exemplo, as cidades vizinhas de onde são provenientes alguns moradores de rua enviar recursos para o albergue de São Carlos).

4.4.3) As Unidades Básicas de Saúde.

Uma visão apresentada pelo pesquisados foi que de modo geral, as unidades saúde não estão preparadas para atender essas populações, existindo muito preconceito, dificuldade para aprender a lidar, e impaciência. Por outro lado, afirmaram que a busca ativa não é uma coisa que os serviços de saúde em geral fazem com frequência, sendo mais realizado pelas Unidades Básicas de Saúde, especialmente pelos agentes de saúde, que atuam no território. Isso porque muitas vezes os profissionais de saúde estão acostumados com o usuário que busca o atendimento.

Convergindo aos apontamentos de que existe pouca aproximação das UBS com o cuidado aos moradores de rua, os profissionais de uma das UBS relataram não saber o que faz muitos serviços da Rede (SUS e SUAS), assim como não conhecem os profissionais dos outros serviços. Portanto, afirmaram que não há um trabalho conjunto entre os diversos equipamentos, como por

exemplo com relação ao CREAS POP que somente leva os usuários à UBS, inexistindo um diálogo entre os profissionais dos diferentes serviços.

Em ambas UBS, os profissionais disseram que entendem o atendimento dessa população ser prioritário:

“Há filas de espera, mas vários deles preenchem critérios de risco para prioridade no atendimento. Essa pactuação não foi mérito da nossa equipe, mas foi um trabalho estabelecido anteriormente com essas unidades de saúde. Compreendeu-se que se eles ficam esperando, vão se evadir” (entrevistadas UBS, 2013).

O fato de não ter nenhuma Unidade de Saúde da Família (USF) participando da pesquisa ocorreu porque, de acordo com representante do CREAS POP, os serviços indicados foram duas unidades que ainda funcionam como UBS tradicional. Isso pode indicar que possivelmente, as USF não incluem a população em situação de rua em seus atendimentos porque esta permanece em ruas pertencentes a regiões distantes dos territórios mais precários da cidade (sendo estes locais onde provavelmente existe maior cobertura de equipes de Saúde da Família no município).

Algumas questões do processo de trabalho interno de uma das UBS foram apontadas. Considerando que a rede começa no interior dos serviços (MENDES, 2011), apresentarei aqui as considerações feitas a respeito das dificuldades de uma das Unidades em específico, sendo o único serviço a dizer abertamente a respeito desta questão.

Os entrevistados relataram que a UBS funciona de forma semelhante a de um Pronto Socorro existindo poucas reuniões de equipe, sendo estas de caráter mais informativo do que de discussão e decisão coletiva. Disseram faltar a participação da equipe de apoio matricial (psicóloga, nutricionista) nessas reuniões, o que consideram algo importante porque tais profissionais tem um conhecimento mais amplo a respeito da vida do usuário e o que ele está passando no momento. Outra dificuldade é que os pacientes se queixam da unidade fechar quando tem reunião de equipe.

Mais uma queixa mencionada pelas participantes foi que a saúde do trabalhador não é cuidada, existindo muitos profissionais em sofrimento mental, sendo medicados com psicotrópicos. Afirmam que isso dificulta fazer a escuta dos pacientes, afinal, o funcionário deve estar bem para conseguir cuidar dos usuários.

Além disso, que a satisfação profissional não é considerada. Avaliaram que seria preciso também um acompanhamento com fonoaudióloga para os profissionais, como é feito em empresas, para trabalhadores que exaustivamente utilizam suas cordas vocais. A última dificuldade mencionada foi quanto ao existir desvio de função, o que precariza as condições de trabalho: "*aqui fazemos muitas coisas que não cabe a nós: tarefas de técnicos de farmácia, de auxiliar administrativo, assistente social*" (participante de UBS, 2013).

Assim, é preciso considerar que a precariedade das condições de trabalho dificultam a realização de um cuidado à uma população tão vulnerável quanto a das pessoas em situação de rua. Dessa forma, não basta que a gestão somente faça ações de Educação Permanente, mas que também proporcione condições de trabalho adequadas e cuide dos trabalhadores, para que consigam produzir um cuidado integral, universal e equitativo aos usuários.

4.4.4) A saúde mental.

De acordo com o entrevistado do CREAS POP houve uma tentativa do CAPS de trabalhar em conjunto, mas isto não funcionou pois muitos dos usuários sentem que precisam se expor nos atendimentos deste serviço de saúde mental, "*(...) porque na rua isso é se colocar em risco*" (participante do CREAS POP, 2013). De acordo com o entrevistado, os moradores de rua não têm o costume de falar da sua história e sobre suas dificuldades. Por isso, quem cuida dessa população precisa criar outras formas de acessá-los, incluindo um trabalho com a história deles, "conseguindo fazer com que eles se percebam nessa situação e tomem contato com outras dinâmicas de vida" (participante do CREAS POP, 2013).

Por isso, relata o ex-gestor, que a tentativa do CAPS em fazer um trabalho com grupos no CREAS POP não se efetivou e os trabalhadores desse serviço acabaram ficando frustrados pela falta de adesão, não havendo uma continuidade desse trabalho. Apesar de uma movimentação em ampliar o atendimento a essa população, o entrevistado afirmou considerar que ainda precisam criar uma dinâmica de ambiência no serviço. Por final, ressaltou que em comparação ao CAPS II, o CAPS AD estava mais estruturado para acolher essa população.

Já os trabalhadores do CAPS II entrevistados, avaliaram que a política de atendimento a usuários de álcool e drogas no município é pouco estruturada, sendo o Conselho Municipal de Álcool e Drogas pouco atuante no município, e assim, os serviços acabam atuando de maneira isolada, ocorrendo isso com o CAPS-AD e o CAPS II. E, que isso gera problemas para a assistência social, porque quando não é cuidada essa população começa uma trajetória de rua, havendo muitos casos de esquizofrenia nas ruas, em que há abandono familiar por não conseguir cuidar de um sujeito com tal sofrimento mental grave.

Os participantes do serviço de saúde mental também ponderaram que a falta de estrutura social está refletida na questão da internação em situações de crise: nestes casos, encaminham para as comunidades terapêuticas mesmo as considerando um espaço inadequado para o cuidado por questões estruturais e falta de equipe qualificada. Justificaram que o encaminhamento para este serviço era uma medida emergencial para pessoas em situação de risco de uso intensivo de alguma substância ou de falecimento.

De acordo com tais entrevistados, o mais adequado seria encaminhar para uma clínica de qualidade para usuários de álcool e drogas, evitando-se a internação nas comunidades terapêuticas. Ponderaram que nem sempre a internação é a melhor forma de cuidado. Para eles, este deveria ser realizado pelo CREAS POP através do fortalecimento do atendimento ambulatorial, da família, do cuidado no território e não do processo de institucionalização da pessoa, tendo como desafio o garantir a vida inserida na sociedade.

Entretanto, os pesquisados avaliaram que em alguns casos é necessária uma internação hospitalar e que no município faltam leitos para isso. Com isso, em situação de crise recorrem à UPA, mas não existe um fluxo formalizado. Pontuaram lidar frequentemente com a precariedade, com serviços funcionando de maneira isolada tanto pela falta de estrutura, quanto por escassez de direcionamento da gestão.

Apesar de muitas queixas e críticas apresentadas sobre as ações de saúde mental no município, algumas potencialidades foram mencionadas: as ações realizadas conjuntamente entre CAPS e CREAS POP, de discussão de caso, projeto de cuidado e abordagem moradores de rua. Nas palavras do entrevistado:

"Às vezes tem caso que precisa da avaliação de um técnico do CAPS, então o CREAS solicita ajuda para acompanhar na visita para avaliar se o usuário tem um transtorno mental, discutir com o CREAS a partir das impressões, e assim ser formulado um encaminhamento do caso. É um trabalho difícil, em que tem casos que conseguimos sucesso e outros não". (Participante de serviço de saúde mental, 2013).

É notável que apesar do marcante pessimismo na maioria das falas dos participantes com relação ao trabalho realizado à população, reconheceram ter sucesso na condução de alguns casos. Ou seja, existe potência a ser ampliada e intensificada no fazer desses trabalhadores, que partindo de uma prática ainda restrita a realizar encaminhamentos, pode se expandir para um cuidado compartilhado e entre serviços, e integral aos sujeitos em situação de rua.

4.4.5) Os demais serviços e a rede.

Outros serviços foram mencionados como cuidadores da População em Situação de Rua de São Carlos: o Hospital Escola Municipal de São Carlos, o Hospital Nestor Goulart Reis, e uma recente entidade missionária filantrópica, que abriga tais pessoas, atuando em parceria tanto com o CREAS-POP, quanto com CAPS-AD.

O Hospital Nestor Goulart Reis, atende especificamente casos graves de tuberculose (SEVERO, 2006). Os entrevistados referiram encaminhar casos confirmados da doença em moradores de rua, onde os usuários ficam em reabilitação durante seis meses, havendo uma margem de segurança de três meses, assim podendo ficar até nove meses internados. De acordo com os relatos, se negatizar três amostras consecutivas o internado recebe alta sob a supervisão da Unidade Básica de Saúde de referência de seu endereço. O entrevistado do CREAS POP também afirmou que o serviço encaminhava casos de doenças infectocontagiosas para este hospital, visando garantir o tratamento destas enfermidades uma vez que não conseguiam realizá-lo através das UBS. Isso porque o tratamento de tuberculose, por exemplo, envolve ingerir a medicação por seis meses e estando em situação de rua as UBS de referência não se garantem tal continuidade do cuidado nestes casos. Entretanto, considero importante refletir que esse cuidado em liberdade (NICACCIO; CAMPOS, 2007) - fora de instituições em que os sujeitos são internados - é possível de ser feito nas ruas quando existem profissionais de saúde vinculados aos usuários, e que possam cotidianamente levar medicação a eles, caso existam condições de trabalho suficientes para isso (pois a falta de recursos humanos e/ou transporte para realizar as visitas diárias pode ser impeditivo). Sendo assim, mais uma vez se evidencia uma fragilidade na organização dos serviços de saúde para o cuidado da População em Situação de Rua de São Carlos. Assim, consistindo em um fator de vulnerabilidade programática (AYRES, 2005) que por sua vez agrava a vulnerabilidade social e individual dos sujeitos em situação de rua do município.

Foi informado também pelo participante do CREAS POP que a Política de Assistência Social prevê a criação de mais dois equipamentos: a Casa de Acolhimento, que seria um espaço como o albergue noturno, e uma Casa de Passagem. O primeiro ficaria com a população de rua enquanto estivessem em atendimento e estaria subordinada ao CREAS POP; já o segundo seria o espaço voltado ao atendimento público para a população migrante.

A única reunião de rede no município mencionada pelos participantes foi uma denominada “Audity”, espaço com a proposta de discutir casos de usuários de álcool e drogas, buscando construir um cuidado compartilhado entre os diversos serviços de São Carlos. Sendo essa a única reunião de rede de saúde do município, os participantes demonstraram reconhecer que existe uma dificuldade da rede em ampliar o conhecimento sobre a população em situação de rua, sair da perspectiva assistencialista, rumando a uma perspectiva de que os ditos moradores de rua são sujeitos de direito. E, também em mover a rede intersetorial, devido a falta de diálogo com as outras políticas da área da saúde, da educação, da habitação, da segurança, para poder atender as demandas que essa população apresenta e trabalhar em parcerias.

Os participantes refletem que o município não tem estrutura suficiente, não tem equipe treinada, sendo feitas as ações possíveis com tais condições e isso não é algo efetivo, por exemplo, porque após resgatar a pessoa e fornecer um suporte não há uma moradia para colocar o sujeito e o albergue é somente para dormir a noite. Disseram os trabalhadores:

"(...) existem pessoas [que estão nas ruas] com transtorno mental. Fiz busca ativa com o pessoal da cidadania umas duas vezes de uma senhora que tem transtorno mental, que não conseguia ficar em sua casa. Toda a família dela mora em outro lugar, e ela não consegue voltar, não consegue ficar em sua casa, por isso ela fica perambulando pelas ruas, em que ela tem lugares onde permanecer por maior tempo. O caso dela já está sendo tratado, mas até conseguir que vá para um tratamento demora, passa pela mão de várias pessoas do município, até tomar uma decisão sobre ela, porque se não tivesse família, alguém, por exemplo, um juiz, tomaria a frente junto com outros profissionais. Mas como ela tem, fica empacado a coisa, se a família aparece e resolve punir as pessoas que ajudaram, fica complicado. E aí, outras pessoas que ficam na rua, sem residência fixa, são pessoas que vieram de fora, de outros lugares, para conseguir trabalho aqui ou em outro lugar e não tem casa, acaba o dinheiro, não consegue um emprego e então fica na rua também. Fizemos a visita a essa senhora

para ver em que situação se encontrava, o porquê ficava na rua e permanecia sempre em determinados lugares, entrando em lojas comerciais, procurando conflito, confusão, estragando coisas, chutando os objetos da loja, porta, o que gerava denúncias inclusive no conselho do idoso, na cidadania". (fparticipante do CAPSI, 2013).

Em partes, essa dificuldade em movimentar a rede foi atribuída a entraves em termos de gestão, de investimentos, parte de financiamento da Política, de repasse de recursos, supondo-se isso estar relacionado a ausência de priorização dessa Política. Relatou-se haver dificuldades em avançar junto a gestão municipal, nos porquês de atuar junto a essa população, desenvolver e aprimorar essa política.

Com tudo isso é notável que se trate de uma rede de cuidado fragmentada, em que há pouca territorialização, dando a impressão que esse processo não ocorre nem no trabalho das UBS; e tais Unidades não tem qualquer tipo de prática um pouco mais direcionada à população de rua. Além disso, em termos de Rede de Atenção à Saúde Mental (BRASIL, 2011c) também não está minimamente organizada, parecendo prevalecer o modelo de internação hospitalar aos casos de saúde mental.

Apesar da predominância de uma perspectiva negativa sobre essa rede de cuidado, houve afirmações de que está havendo um processo de organização da rede. Avaliou-se São Carlos ser uma cidade com diversas potencialidades, pois tem duas universidades, existindo a possibilidade de serem aprimoradas e construir políticas de maneira extremamente vanguardista, mas que acaba padecendo de questões envolvendo organização e estruturação da rede. Pontuaram que são problemas recorrentes não modificados nas diversas gestões, sendo isso questão de vontade política, assim os desafios estando em torno da organização, do planejamento, de capacitação, de fortalecimento das políticas que compõem um cuidado a população em situação de rua.

Com tudo isso, avalio que apesar de não ser verbalizado pelos participantes, possuem um saber a respeito de suas próprias práticas de

trabalho, apresentam autocríticas, conseguem apontar as dificuldades e deficiências, inclusive quando se trata do próprio preconceito e falta de formação para lidar com os ditos moradores de rua. Esse saber é algo valioso, indica existir potência para transformar as práticas e qualificá-las no sentido de cada vez mais contribuírem para um cuidado as pessoas em situação de rua!

4.6) Formação profissionais para atender pop rua.

Em praticamente todos os serviços os pesquisados afirmaram sentir a necessidade de capacitação para atender as demandas de cuidado dos moradores de rua. Aqueles que trabalhavam constantemente com isso, disseram que foram capacitados pela própria vivência do cotidiano de trabalho. Porém, também explicitam a necessidade de serem capacitados, sugerindo que isto fosse feito através de educação continuada, com cursos e palestras. Abordando-se o motivo que leva as pessoas à morar nas ruas, a flexibilização de algumas regras de procedimentos dos serviços para se adequarem a especificidades de tais usuários, e sensibilização dos serviços de saúde para atenderem esta população. Ressaltou um entrevistado que a formação para atender as pessoas em situação de rua em São Carlos é necessária, pois os profissionais da rede de saúde e assistência social têm dificuldade de lidar com tudo o que foge do padrão: população idosa, deficiente, em situação de rua, LGBT⁶.

Entretanto, considero que apesar de um sábio reconhecimento da necessidade de formação sobre o assunto, existe um conhecimento obtido através das experiências no cotidiano de trabalho. Disseram as participantes: *"Às vezes a gente acha que não tem nada, mas começa a falar parece que fala por três dias"*. Assim, acredito que seria interessante os processos de formação partirem deste conhecimento prévio dos trabalhadores a respeito de seu fazer cotidiano.

⁶ Sigla obsoleta para Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais utilizada por movimentos sociais que defendem a diversidade sexual.

A única fala destoante neste sentido foi de uma das participantes (trabalhadora de uma UBS) que afirmou não ser preciso ter formação. Ao invés disso, que se tenha dom para realizar o cuidado às pessoas em situação de rua, pois estas são diferenciadas das pessoas domiciliadas somente no fato de não possuírem um endereço. Disse que faz sua parte e "*faz o bem, não importa a quem*" (entrevistada UBS, 2013). Este posicionamento talvez seja reflexo de que os profissionais de saúde de São Carlos precisam ser sensibilizados da necessidade em capacitarem-se para cuidar da População em Situação de Rua. Assim, indico que isto pode ser justamente o ponto inicial de formações para os profissionais da rede.

De acordo com ROSA, SECCO, BRETAS (2006), referindo-se a realidade da capital paulista, afirmam que os técnicos que trabalham nos equipamentos de saúde não têm uma formação adequada para atender à população de rua. Da mesma forma, acredito ser necessária e urgente essa formação aos profissionais de São Carlos, frente ao forte indício da falta de preparo apresentada nesta pesquisa.

Uma experiência de formação de profissionais de serviço de saúde para o cuidado à população de rua ocorreu no município de São Paulo, ocorrendo da seguinte forma:

"Para a capacitação específica da equipe, foi fundamental a incorporação de temáticas e reflexões sobre a situação de rua, peculiaridades do processo saúde-doença-cuidado nessa população, características dos serviços, possíveis resistências; questões desafiadoras tanto na organização quanto no desenvolvimento do projeto. Além do estabelecimento de um processo de supervisão técnica intensiva e particularizada, pois alguns agentes apresentaram necessárias intervenções assistenciais, em especial no campo da saúde mental"(CARNEIRO; JESUS; CREVELIM, 2010, p.7).

COMENTÁRIOS FINAIS.

Com relação à descrição da População em Situação de Rua, de forma geral, os participantes apresentaram uma descrição próxima a que consta na PNPSR, tendo isto como potencialidade para realizar o cuidado destas pessoas. O desafio identificado neste tópico foi quanto à necessidade de aprofundar a discussão sobre as várias formas possíveis de estar nas ruas, como por exemplo, através das três categorias apresentadas por Varanda e Adorno (2004): o estar nas ruas circunstancialmente, o ficar permanentemente e o estar nas ruas recentemente. A necessidade de aprofundamento também foi observada com relação à conhecer mais sobre a história de vida e mundo subjetivo das pessoas em situação de rua.

Quanto aos motivos para pessoas estarem em situação de rua, os entrevistados dicotomizaram as explicações afirmando que ou se tratam de questões socioeconômicas (miséria) ou por questões individuais (escolha de vida). Frente a isto, sugiro que seria interesse conhecerem o conceito de vulnerabilidade, pois este abarca três dimensões que estão interligadas: vulnerabilidade social, a vulnerabilidade individual e a vulnerabilidade programática.

Sobre a problemática dos migrantes, os pesquisados apresentaram falas no sentido de que as pessoas em situação de rua oriundas de outras cidades devem retornar aos seus municípios de origem. Com isto, enfatizo a importância da temática da migração ser trabalhada com os profissionais de saúde, pois se um dos princípios do SUS é que o atendimento seja universal, o cuidado deve ser a todos, e não somente aos munícipes. Além disso, será que as fronteiras municipais devem ser tão rígidas e segregacionistas, não permitindo o fluxo de pessoas entre as cidades? É possível os municípios consolidarem pactos regionais, frente a uma questão evidente de uma grande migração de pessoas de um município para o outro da região?

Outra importante questão discutida foi a da saúde mental enquanto causa para as pessoas estarem nas ruas, identificando-se que é preciso ser aprofundada a discussão com os trabalhadores através de processos formativos de Educação Permanente, os sensibilizando a responsabilizar-se e pensar em um cuidado possível à estes sujeitos. Para isto, tendo como possíveis perguntas para tal reflexão: qual o cuidado possível para este sujeitos, e suas famílias? Como ajudar as famílias à cuidar destes sujeitos em grave sofrimento mental e em situação de rua? Quais as possibilidades de ações para melhorar a vida destas pessoas, para ajudá-las a se organizar emocional e pragmaticamente nas tarefas cotidianas?

Um dos aspectos relevantes da discussão sobre os conflitos familiares enquanto causa para o sujeito morar nas ruas, foi que os participantes não mencionaram a possibilidade das situações conflituosas se tratarem de violência doméstica. Justificaram que as pessoas vão para as ruas porque não querem se adaptar às regras familiares. Considerando que alguns estudos (ESCOREL, 1999; CANÔNICO et al., 2007) apontam a violência doméstica como causa para pessoas morarem nas ruas, é possível hipotetizar que existe uma invisibilidade da questão para os pesquisados. Dessa forma, sugiro que a temática violência doméstica deva ser trabalhada em processos de formação dos trabalhadores de saúde que cuidam das pessoas em situação de rua. Esta investigação delicada sobre a existência de violência doméstica pode ser realizada quando os trabalhadores conhecerem melhor a história de vida dos sujeitos em situação de rua. Além disso, é importante ter-se em vista que para melhor realização deste cuidado, este trabalho deve estar muito próximo ao CREAS, pois cuidar de questões de violência doméstica é algo complexo que exige um trabalho em uma rede intersetorial.

Com relação à concepção de cuidado à saúde da População em Situação de Rua, os participantes demonstraram não conhecer o trabalho do CREAS POP, nem da assistência social de forma geral. Um exemplo disto, foi atribuir unicamente ao psicólogo a responsabilidade pelo trabalho de fortalecimento dos vínculos familiares, visando contribuir para o retorno dos sujeitos às suas casas.

Além disso, com esta fala se mostra uma concepção patologizante do estar nas ruas, como se isso somente pudesse ser uma questão de “transtorno mental”, assim como o conflito com a família também seria, e que assim sendo, deveria ser tratado pelo psicólogo. Ademais, a problemática está em considerar que o único cuidado possível é promover o retorno do sujeito ao seu domicílio.

Com isso, procuro não dicotomizar a questão da situação de rua, entre afirmar que é algo a ser defendido ou é rechaçado. Afinal, a questão é mais complexa, e a proposta é se pensar o cuidado a estes sujeitos ditos mendigos, ouvir suas histórias de vida, conhecer suas questões subjetivas, assim como sobre sua família e as condições de seu progresso lar. Dessa forma, a partir de uma escuta qualificada do sujeito, em que se considera sua singularidade, seus desejos, seus pensamentos, vontades, idealizações, e também suas condições materiais, questiono: qual seria o cuidado possível de realizar à esses sujeitos? Seria cuidá-los em situação de rua, quando assim se encontram sem perspectiva de saída desta situação? Seria também contribuir para que saia das ruas, quando pede (ou demonstra querer) ajuda?

Assim, é extremamente valorosa a fala do entrevistado do CREAS POP, de que a Atenção Básica da Saúde e da Assistência Social precisam fazer um trabalho de prevenção para as pessoas não ficarem em situação de rua, quando isto está relacionado ao cuidado, e não, à uma proibição. Quando existe suporte necessário dos serviços públicos para que as pessoas não sejam obrigadas à morar nas ruas em situações de extrema vulnerabilidade. Mesmo sabendo que não é possível impedir completamente que isto ocorra, pois mesmo com muito apoio dos serviços de saúde e assistência, as pessoas vivem nas ruas devido aos motivos mais variados, e que para isto não existem respostas definitivas. Entretanto, concebo que é importante respeitar essa forma de viver, evitando-se homogeneizações gratuitas que excluem alteridades possíveis, buscando garantir que as pessoas em situação de rua sejam tratadas com dignidade, recebendo todo cuidado que necessitarem.

É neste contexto que se situou a discussão sobre a importância das ações para a População em Situação de Rua não serem nem higienistas nem

assistencialistas. Para isso, é preciso considerar a complexidade do fenômeno, não julgando a pessoa em situação de rua nem como uma vítima nem como um “vagabundo, acomodado”, uma sujeira que deve ser retirada da cena das ruas ou porque traz incômodo à população de forma geral.

Ao se conceber que alguém está em situação de rua por uma questão de comodismo, exclui-se a possibilidade de compreender que se encontra na condição da vulnerabilidade. E uma das consequências disto é que a dimensão da vulnerabilidade programática torna-se inexistente, assim, desresponsabilizando o Estado por parte do cuidado que devem realizar à estas pessoas (e à todos os sujeitos). Além disso, estigmatizar os sujeitos os moralizando seja no sentido de dizer que são vítimas seja de que são acomodados, exclui o diálogo e uma construção coletiva do cuidado entre profissionais de saúde e usuários em situação de rua. Por isto esta questão é fundamental de ser trabalhada em processos formativos com os profissionais de saúde que prestam o atendimento às pessoas em situação de rua.

Com relação à diferença entre atender à população em situação de rua e os usuários domiciliados, enquanto as pesquisadas das UBSs de forma geral afirmaram que isso não existe, o entrevistado do CREAS POP reconhece as singularidades do cuidado a estas pessoas. E a partir disto, sugere que seria importante sensibilizar os profissionais de saúde que atendem à população, para que consigam produzir um cuidado mais adequado às necessidades e às singularidades destes sujeitos moradores de rua. Com isso, flexibilizando fluxos internos dos serviços de saúde, por exemplo, permitindo que estes sujeitos não precisem de consulta agendada para ser atendidos, pois existe uma dificuldade para que consigam se adequar a esta exigência.

É interessante notar que ao mesmo tempo em que os pesquisados das UBSs não reconhecem a diferença entre atender às pessoas em situação de rua daquelas que são domiciliadas, expressaram não conhecer a proposta de trabalho do Consultório na Rua – serviço de saúde específico para o atendimento desta população. Ou então, aqueles que disseram ser importante existir tal equipamento de saúde, colocam este serviço como o único

responsável pelo cuidado dos usuários em situação de rua. Assim, a UBS se desresponsabilizando por tal função e não compreendendo que o Consultório na Rua deve funcionar dentro de uma rede de cuidados.

Outra relevante questão suscitada pela pesquisa – e pela temática do cuidado à População em Situação de Rua como um todo – é a respeito da necessidade das gestões municipais e estaduais articularem as redes regionais de saúde. Isso porque, de acordo com o que foi bastante mencionado pelos pesquisados e respaldado por estudos (BRASIL, 2008a; MARTINEZ, 2008), muitos sujeitos moradores de rua são “trecheiros”, ou seja, transitam pelas cidades. Assim, o que fazer diante deste itinerário de tais usuários? Utilizar-se de ações fascistas, os obrigando a retornar ao seu município de origem? Ou planejar as redes regionais de saúde a partir deste território vivo, dinâmico, em que há o fluxo dos usuários se movendo pelas cidades, necessitando de cuidados nos diversos municípios?

Além disso, é preciso que os gestores proporcionem condições de trabalho adequadas, o que inclui o cuidado aos trabalhadores, para que possam cuidar desta população tão vulnerável que é a população em situação de rua. Não basta considerar que a problemática está na falta de formação dos profissionais de saúde (e assistência social), e assim, a defasagem para realizar este cuidado será resolvida somente através de processos de formação dos trabalhadores. Por outro lado, as mudanças estruturais nos sistemas municipais de saúde não são suficiente para produzir o atendimento adequado usuários com peculiaridades, tal como a das pessoas em situação de rua.

Assim, é necessário que a gestão municipal (apoiada pelas gestões estaduais e federais) ofereça condições de trabalho adequadas o que inclui: fornecer espaço físico para as atividades dos serviços, cuidados à saúde física e emocional dos trabalhadores, serviços de saúde e intersetoriais necessários para realizar o cuidado, possibilitar que sejam realizadas reuniões internas dos serviços e de rede intra e intersetorial, selecionar gestores locais das unidades capacitados para realizar sua função. E também, realizar processos formativos através da educação permanente, o que implica partir do conhecimento e

experiências práticas do cotidiano dos trabalhadores, discutindo as temáticas necessárias para produzir um cuidado de qualidade à População em Situação de Rua. Ficando evidenciado pela fala dos pesquisados que para isso, os temas a serem trabalhado devem ser: estigmas e concepções sobre as pessoas em situação de rua; motivos para as pessoas irem para as ruas (saúde mental, dificuldades familiares, violência doméstica, migração); cuidado possível às pessoas em situação de rua (como ampliar o acesso e adesão aos serviços, importância do vínculo, ampliar escuta, investigar história de vida, conhecer e acolher mundo subjetivo, respeitar escolhas estando disponível a oferecer cuidados necessários); trabalho em rede intra e intersetorial.

Enfim, reflete-se que considerando as limitações de administrar um sistema de saúde subfinanciado, tal como é o SUS (MENDES, 2015), reduzir a vulnerabilidade programática é algo que está na governabilidade dos gestores municipais e locais, quando proporcionam condições de trabalho adequadas e processos de educação permanente. Com isso, podem tornar possível aos trabalhadores dos serviços de assistência e saúde reduzirem a vulnerabilidade programática dos sujeitos em situação de rua. E ao fazer isso, reduz-se a vulnerabilidade social e individual destas pessoas! Seja contribuindo para sua saída das ruas, seja permanecendo ou temporariamente estando em situação de rua, é preciso que os serviços de saúde produzam melhor cuidado e qualidade de vida à estes sujeitos!

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Maria Magalhães; IRIART, José Alberto Bernstein. 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.115-124, jan, 2012.

ALVES, José Augusto Lindgren. *Os Direitos Humanos como tema global*. São Paulo: perspectiva, 2003.

ARISTIDES, Jackeline Lourenço; LIMA, Josiane Vivian Camargo. Processo saúde-doença da população em situação de rua da cidade de Londrina: aspectos do viver e do adoecer. In: *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 10, n. 2, p. 43-52, jun. 2009.

AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.6, n.1, 2001.

_____. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec, 1997.

AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita; CALAZANS, Gabriela Junqueira; SALETTI FILHO, Haraldo César; FRANÇA-JÚNIOR, Ivan. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: *Tratado de saúde coletiva*. CAMPOS, Gastão Wagner Souza et al. (Org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 871 p.

_____. O conceito de Vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Czeresnia, D. (Org.); Freitas, C.M. (Org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 174 p.

BARBOSA, Aline. Políticas Públicas e homelessness: uma discussão conceitual sobre a pobreza. In: *Seminário Nacional da População em Situação de Rua : perspectivas e políticas públicas*, 1, São Carlos, 2008. Anais do Seminário Nacional de população em situação de rua, São Carlos: UFSCar, v1, n1, p.129-135, 2008.

BAREMBLITT, Gregório Franklin. *Introdução à esquizoanálise*. Belo Horizonte: Biblioteca Instituto Félix Guattari, 2 ed, 2003.

BODSTEIN, Regina Cele de Andrade. Teoria Social e o campo da Saúde Coletiva. In: HORTALE, Virginia Alonso et al. (org.). *Pesquisa em Saúde Coletiva: fronteiras, objetos e métodos*. 2010. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010,cap.6.

BRASIL. Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012. Brasília: MS, 2012a.

_____. Portaria n 122, de 25 de janeiro de 2012. Brasília: MS, 2012b

_____. *Manual sobre o cuidado junto à População em Situação de Rua*. Brasília: MS, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS, 2012d.

_____. Resolução 444 de 06 de julho de 2011. Brasília: MS, 2011a.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: MS, 2011b

_____. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília: MS, 2011c.

_____. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. *Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS*. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ : Brasília, setembro, 2010.

_____. Governo Federal. *Política Nacional para inclusão social da população em situação de rua*. Brasília, DF, 2008a.

_____. *Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua*. Brasília: MDS, 2008b.

_____. *Legislação do SUS*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília : CONASS, 2003.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF, 1988.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel (1994). AIDS e as AIDS das Ciências. *História, Ciências e Saúde*, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 35-60, jul – out, 1994.

CANONICO, Rhavana Pilz et al. Atendimento a população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, 2007; 41(Esp):799-803.

CARNEIRO Jr., Nivaldo et al. Organização de Práticas de Saúde Equânimes em Atenção Primária em Região Metropolitana no Contexto dos Processos de Inclusão e Exclusão Social. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.15, n.3, p.30-39, set-dez, 2006.

CARNEIRO Jr., Nivaldo.; JESUS, Christiane Herold; CREVELIM, Maria Angélica. A Estratégia Saúde da Família para equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.19, n.3, p.709-716, 2010.

CARNEIRO Jr., Nivaldo et al. Serviços de saúde e população de rua: contribuições para um debate. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 42-62, 1998.

CARNEIRO Jr., Nivaldo; SILVEIRA, Cássio. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.6, p.1827-1835, nov-dez, 2003.

CASTEL, Robert. Da indigência à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: Lancetti, A. *SaúdeLoucura 4*, São Paulo: Hucitec, 1998, p.21-48.

CASTRO, Thiago Gomes; ABS, Daniel; SARRIERA, Jorge Castellá. Análise de Conteúdo em Pesquisas de Psicologia. *Psicologia: ciência e profissão*, Brasília, v. 31, n.4,p. 814-825, 2011.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface*, Botucatu, 16(3): 161-77, fev, 2005.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 13(3):469-478, jul-set, 1997.

CRUZ NETO, Otávio et al. *Grupos focais e pesquisa social: O debate orientado como técnica de investigação*. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2001.

DESLANDES, Suely Ferreira. Atenção a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica: Análise de um Serviço. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 10 (supl. 1): 177-187, 1994.

ESCOREL, Sarah. *Vidas ao leu: trajetórias de exclusão social*. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 1ª reimpressão, 1999, 275 p.

FERNANDES, F.; RAIZER, M; BRETAS, A. Pobre, idoso e na rua: uma trajetória de exclusão. *Revista Latino- americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15(n.spe), p.755-61, 2007.

GARCIA, Clara Zeferino. et al. Vivendo no trecho: um ensaio etnográfico sobre "moradores de rua". In: *Seminário Nacional População em Situação de Rua: perspectivas e políticas públicas*, 1, São Carlos, 2008. Anais do Seminário Nacional de população em situação de rua. São Carlos: UFSCar, v1, n1, p. 180 - 187, 2008.

GOMES, Maria Elasir; BARBOSA, Eduardo. *A Técnica de Grupos Focais para Obtenção de Dados Qualitativos*. Instituto de Pesquisa e Inovações Educacionais – Educativa, 2000.

GOROVITZ, Samuel. Reflections on the vulnerable. In: BANKOWSKI, Zbigniew; BRYANT, John Hannah (Org.). *Poverty, Vulnerability, and the Value of Human Life: A Global Agenda for Bioethics*. Geneva, Cioms, 1994.

GRANGEIRO, Alexandre. 1994. O perfil socioeconômico dos Casos de AIDS da Cidade de São Paulo. In: PARKER, Richard; BASTOS, Cristiana; GALVÃO, Jane; PEDROSA, Jose Stalin. *A AIDS no Brasil: 1982-1992*. Rio de Janeiro, ABIA;IMS;UERJ, 1994. p.91-125, ilus. (Historia Social da AIDS, 2).

KALICHMAN, Artur Olhovetchi. Pauperização e banalização de uma epidemia. In: *Seminário sobre Epidemiologia social da AIDS*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS e IMS/UERJ, 1994.

LANCETTI, Antonio. *A Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2011.

LANCELOTI, Júlio. Vínculo no atendimento à população em situação de rua. In: BRASIL, Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Brasília : Ministério da Saúde, 2012, cap.3.

[MACERATA, Iacã](#); [SOARES, José Guilherme Neves](#); [RAMOS, Julia Florêncio Carvalho](#). Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua. *Interface*, Botucatu, 18 (supl 1):919-930, 2014.

MANN, Jonathan.; TARANTOLA, Daniel. *A AIDS no mundo*. PARKER, Richard; GALVÃO, Jane; PEDROSA, Jose Stalin (org br). Rio Janeiro: Relume Dumará, 1993.

MARTINEZ, Mariana Medina. O corpo em movimento: uma etnografia da corporalidade dos trecheiros de São Carlos. In: *Seminário Nacional População em Situação de Rua: perspectivas e políticas públicas*, 1, São Carlos, 2008. Anais do Seminário Nacional de população em situação de rua. São Carlos: UFSCar, v1, n1, 77-86, 2008.

MELO, Luciana. Consultório na Rua em São Paulo. *Revista Brasileira Saúde da Família*, Brasília, Ano XIV, n. 34, jan/abr, 2013.

MENDES, Áquilas. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 24(1): 66-81, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MESQUITA, Fabio; BASTOS, Francisco Inácio. *Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos*. São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, Maria Cecília Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010.

NICACCIO, Fernanda. CAMPOS, Gastão Wagner. 2007. Afirmação e produção de liberdade: desafio para os centros de atenção psicossocial. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.18, n. 3, p. 143-151, set./dez. 2007.

OLIVEIRA, Luciano Márcio Freitas. Circulando pelo trecho: migrantes, itinerantes e moradores de rua no interior paulista. In: *Seminário Nacional Sociologia e Política: repensando desigualdades em novos contextos*. Curitiba, 2011.

PERRONE, P.A.K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2):569-580, 2014.

PROENÇA, Deborah. Sem domicílio sim, sem saúde não. *Revista Brasileira Saúde da Família*, Brasília, Ano XI, n. 28, jan/mar, 2011.

ROLNIK, Suely. *Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2011.

ROSA, Anderson da Silva; CAVICCHIOLI, M.G.; BRETAS, Ana Cristina Passarela. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.13, p. 576-82, 2005.

ROSA, Anderson da Silva; SECCO, Maria Gabriela; BRETAS, Ana Cristina Passarela. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. *Revista Brasileira de Enfermagem*, São Paulo, v 3, n 59, maio-jun, 2006.

SARTORI, Juliana; GRANADO, Karina; SANO, Lassana. Pessoas em situação de rua no município de São Carlos-SP: subsídios à reflexão participativa em torno das possibilidades de superação de dimensões econômicas e extra-econômicas de vulnerabilidade. In: *Seminário Nacional da População em Situação de Rua: perspectivas e políticas públicas*, 1, São Carlos, 2008. Anais do Seminário Nacional de população em situação de rua, São Carlos: UFSCar, v1, n1, p.122-128, 2008.

SEVERO, Norma Pinheiro Franco. *Tendência da Tuberculose em pacientes internados no Hospital Nestor Goulart Reis de Américo Brasiliense/SP no período de 1994 a 2004 e prevalência da infecção entre os funcionários deste Hospital em 2005*. Dissertação (mestrado em análises clínicas). Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araraquara, 2006, 70p.

SILVA, Vivian Fernandes; HERRERA, Ana Laura. Experiência de Gestão Municipal Atendimento a Pessoas em situação de rua. São Carlos – 2008. In: *Seminário Nacional da População em Situação de Rua: perspectivas e políticas públicas*, 1, São Carlos, 2008. Anais do Seminário Nacional de população em situação de rua, São Carlos: UFSCar, v1, n1, p.196-207, 2008.

SILVEIRA, Mônica Yumi Jardim.; DANTAS-BERGER, Sônia Maria. *O cotidiano do trabalho da equipe de Saúde da Família para população em Situação de rua e o acolhimento a Violência de Gênero*. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

SNOW, David; ANDERSON, Leon. *Desafortunados: um estudo sobre o povo da rua*. Petrópolis: Vozes, 1998.

SOUZA, Eduardo Sodré ; SILVA, Sandra Regina Vilchez ; CARICARI, Ana Maria Rede social e promoção da saúde dos “descartáveis urbanos”. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v.41, n.especial, p.810-4, 2007.

UNAIDS. *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. Switzerland, 2000.

VALENCIO, Norma Felicidade et al. Desterritorialização e desfiliação social: uma reflexão sociológica sobre ações públicas junto à População em Situação de Rua. In: *Seminário Nacional da População em Situação de Rua : perspectivas e políticas públicas*, 1, São Carlos, 2008. Anais do Seminário Nacional de população em situação de rua, São Carlos: UFSCar, v1, n1,p.41-50, 2008.

VARANDA, Walter; ADORNO, Rubens Camargo Ferreira. Descartáveis Urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para as políticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.13, n.1, p.56-69, jan./abr., 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em 20/02/2014.

Melhor acesso para população de rua. Disponível em: http://www.fundoglobaltb.org.br/site/noticias/mostraNoticia.php?Section=5&&id_content=1514. Acesso em 15/11/2011.

ANEXO I

ROTEIRO DE ENTREVISTA.

- 1) Como você acha que deve ser realizado o cuidado pela saúde à população de rua?

- 2) Quais são os serviços de saúde que oferecem ações de saúde específicas para a população de rua e que tipos de atividades são feitas ?

- 3) Nesse trabalho, quais são as ações intersetoriais realizadas? Quais as facilidades e dificuldades de prestar cuidado a essa população e realizar a articulação intersetorial?

- 4) O que você acha que poderia ser feito para melhorar esse trabalho?

ANEXO II

ROTEIRO DOS GRUPOS FOCAIS

A- OBJETIVO ESPECÍFICO:

Conhecer a concepção dos profissionais de saúde sobre o cuidado que realizam à população em situação de rua, sendo levantadas as dificuldades e potencialidades desse trabalho o problematizando de forma a buscar produzir espaço de reflexão sobre essa prática.

B- Aquecimento.

- Nos apresentar, apresentar o projeto e os propósitos do grupo, que vai além de uma coleta de dados.
- Rodada de apresentações. Nome, profissão, trabalha há quanto tempo na Unidade, experiências anteriores, trabalha em outros lugares, e o que mais quiser falar.
- Sobre as condições de trabalho de forma geral: como estão no momento, muito sobrecarregados, momento “acolher a equipe”.

C - CONTRATO GRUPAL:

- Não há resposta certa ou errada;
- Todas as opiniões devem ser respeitadas no grupo;
- Não é preciso chegar a um consenso sobre as opiniões;
- Importante que cada um fale de uma vez (para nos escutarmos e para tornar claro na gravação).
- Se for possível, desligar celular (ou colocar silencioso) e buscar não sair da sala.

D - QUESTÕES-CHAVE:

- 1) CONCEPÇÕES SOBRE POPULAÇÃO DE RUA.
 - a) O que vocês entendem por População em Situação de rua?

- b) O que pensam a respeito dessa população?
- c) Qual a explicação que vocês dariam para essas pessoas estarem em situação de rua?

2) O TRABALHO COM A POPULAÇÃO DE RUA.

- a) Como é esse trabalho de atendimento a essa população específica? É diferente ao atendimento da população com domicílio? Por quê?
- b) Quais as dificuldades, potencialidades e complexidades desse trabalho?
- c) E com relação a intersetorialidade? Esses pacientes são encaminhados pelo CREAS POP? Como é o contato com esse serviço? O que vocês imaginam que esse serviço faz?

3) FORMAÇÃO PARA O TRABALHO COM A POPULAÇÃO DE RUA.

- a) Vocês se sentem preparados para o trabalho com essa população?
- b) O que acreditam poder ser feito para melhorar o preparo para esse trabalho?
- c) Qual poderia ser o papel dos gestores (locais, regionais e do nível central) para uma formação nesse sentido?

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “O cuidado à saúde da População em Situação de Rua no município de São Carlos (SP)”. Você foi selecionado(a) para participar de nosso estudo por fazer parte de equipe técnica de uma unidade de saúde ou por ter sido gestor de serviço da assistência social que atende a População em Situação de Rua. Sua participação não é obrigatória. Ao participar desta pesquisa, você não está desistindo de nenhum direito. Esteja ciente de que tem total liberdade para interromper a sua participação na entrevista ou na pesquisa a qualquer momento, sem punição ou qualquer tipo de prejuízo para sua pessoa, tanto no contato com a pesquisadora como no trabalho que desenvolve na Secretaria Municipal de Saúde ou na Secretaria de Cidadania e Assistência Social de São Carlos, SP. Sua participação voluntária no estudo não envolverá nenhum gasto bem como não trará benefícios diretos para você. O risco relacionado a participação pode ser o desconforto, irritação, desconfiança, constrangimento e dúvida causado por algumas perguntas, que serão respondidas somente se os participantes quiserem. Além disso, participar da pesquisa pode causar cansaço devido a duração da entrevista/grupo focal, estando no direito do participante a desistência a qualquer momento. Outro possível risco é haver discordâncias, gerando conflitos entre os participantes do grupo focal. Frente a ocorrência dessas situações, haverá o acolhimento, manejo e mediação realizada pelo entrevistador/facilitador do grupo, garantindo os procedimentos e encaminhamentos necessários para não haver qualquer tipo de prejuízo aos participantes. Os benefícios desta pesquisa serão a ampliação de conhecimento sobre as situações e condições de trabalho em saúde frente à população em Situação de Rua e sobre recursos para atendimento da população na rede de serviços.

O objetivo desta pesquisa é conhecer as concepções, percepções e práticas dos trabalhadores de saúde e do CREAS POP sobre o cuidado à População em Situação de Rua. Com isso, pretende-se produzir debate a respeito do assunto, identificando e discutindo os desafios e potências deste trabalho.

De acordo com os esclarecimentos e informações prestados pela pesquisadora, a participação na pesquisa se dará através de um debate orientado com outros profissionais com quem trabalho ou de entrevista individual, sobre o tema do atendimento a População em Situação de Rua na nossa prática profissional, sendo prevista a gravação da mesma em equipamento de áudio (som), caso o entrevistado concorde. Se houver interesse, o pesquisado poderá ainda participar da devolutiva para conhecimento dos resultados da pesquisa.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguro o sigilo sobre sua participação e de outras pessoas que possam ser citadas. Os dados não serão

guardados nem divulgados de forma a possibilitar sua identificação, pois usaremos nomes fictícios para representar cada uma das pessoas entrevistadas. Todo material da pesquisa será arquivado, aos cuidados da pesquisadora responsável pelo projeto. Mantendo o anonimato dos entrevistados, o participante concorda que os resultados sejam restituídos em seminários com os envolvidos e/ou divulgados através de relatórios técnicos e artigos científicos.

O projeto desta pesquisa foi aprovada pelas Secretarias Municipais de Saúde e de Cidadania e Assistência Social de São Carlos; e pelo comitê de ética em Pesquisa (parecer número 311.186), estando de acordo com a resolução CNS 196/96.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional da equipe de pesquisa e dos Comitês de Ética em Pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Data: ____/____/____

Nome por extenso da(o) participante

Assinatura da(o) participante

Data: ____/____/____

Nome por extenso da pesquisadora

Assinatura da pesquisadora

Contatos com a equipe de pesquisa:

Pesquisadora principal: Mônica Yumi Jardim da Silveira – Celular: 16 81382012

e-mail: myjsilveira@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

Pró-Reitoria de Pesquisa

Via Washington Luiz SP-310, Km. 235 - Caixa Postal 676

CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil

Fone: + 55 16 3351-9683

cephumanos@ufscar.br

ANEXO IV

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O cuidado à saúde da População em Situação de Rua no município de São Carlos (SP).

Pesquisador: Mônica Yumi Jardim da Silveira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 14158113.6.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 311.186

Data da Relatoria: 13/08/2013

Apresentação do Projeto:

A efetivação do princípio da universalidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda é um desafio para a saúde pública brasileira. Dentro disso está a questão da dificuldade, ou mesmo total ausência, de acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua (CARNEIRO E SILVEIRA, 2003). Apesar da população de rua se concentrar mais em metrópoles, atualmente já é existente em cidades de médio porte, tal como São Carlos, de acordo com Martinez (2008), Silva e Herrera (2008), e Oliveira (2011).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender as práticas de cuidado à população em situação de rua no município de São Carlos.

Objetivo Secundário:

1 - apresentar as ações de serviços públicos da saúde e assistência ao cuidado da população em situação de rua no município de São Carlos. 2 - levantar dificuldades e potencialidades desse trabalho com os profissionais de saúde o problematizando de forma a produzir espaço de reflexão sobre essa prática. 3 - levantar informações a respeito da ação intersetorial do Centro de Referência Especializada da Assistência Social para

População em Situação de rua com os serviços de saúde.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 311.186

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco relacionado a participação pode ser o desconforto, irritação, desconfiança, constrangimento e dúvida causado por algumas perguntas, que serão respondidas somente se os participantes quiserem. Além disso, participar da pesquisa pode causar cansaço devido a duração da entrevista/grupo focal, estando no direito do participante a desistência a qualquer momento. Outro possível risco é haver discordâncias, gerando conflitos entre os participantes do grupo focal. Frente a ocorrência dessas situações, haverá o acolhimento, manejo e mediação realizada pelo entrevistador/facilitador do grupo, garantindo os procedimentos e encaminhamentos necessários para não haver qualquer tipo de prejuízo aos participantes.

Benefícios:

Os benefícios desta pesquisa serão a ampliação de conhecimento sobre as situações e condições de trabalho em saúde frente à população em Situação de Rua e sobre recursos para atendimento da população na rede de serviços.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto OK.

Apresentação autorização da instituição.

TCLE adequado.

Expôs os riscos adequadamente.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Telefone: (16)3351-9683

CEP: 13.565-905

Município: SAO CARLOS

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 311.186

SAO CARLOS, 21 de Junho de 2013

Assinador por:
Maria Isabel Ruiz Beretta
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br