

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE MEDICINA

CARLA LOPES TEIXEIRA GOMES

**O DIREITO À SAÚDE E A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA:  
ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DA EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA DO  
MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS- MA**

São Luís  
2017

CARLA LOPES TEIXEIRA GOMES

**O DIREITO À SAÚDE E A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA:  
ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DA EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA DO  
MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS- MA**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Medicina.

**Orientador:** Prof. Dr. Tadeu de Paula Souza

São Luís

2017

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Gomes, Carla Lopes Teixeira.

O direito à saúde e a População em Situação de Rua: análise da experiência da equipe de Consultório na Rua do município de São Luís - MA / Carla Lopes Teixeira Gomes. - 2017.

76 f.

Orientador(a): Tadeu de Paula Souza.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, Universidade Federal do Maranhão, 2017.

1. Consultório na Rua. 2. População de rua. 3. População em Situação de Rua. 4. Redes de saúde. I. Souza, Tadeu de Paula. II. Título.

CARLA LOPES TEIXEIRA GOMES

**O DIREITO À SAÚDE E A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA:  
ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DA EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA DO  
MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS- MA**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Tadeu de Paula Souza (Orientador)  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof. Me. Adriana Lima dos Reis Costa  
Universidade Federal do Maranhão

---

João Arnaud Diniz Neto  
Médico Psiquiatra - HUUFMA  
Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará

---

Prof. Dr. Marcio José de Araujo Costa  
Universidade Federal do Maranhão

“Sucesso é saber que ao menos uma vida respirou mais fácil porque  
você viveu” (Ralph Antunes)

A todos os moradores de rua, especialmente aos de São Luís, que possamos  
aprender como aliviar o suspirar diário difícil da vida de vocês.

## AGRADECIMENTOS

Começo agradecendo a Deus, primeiro por ter me inspirado pela vontade de exercer a medicina e por ter me dado tudo que eu precisava para chegar até aqui.

À Universidade Federal do Maranhão, pela oportunidade que me proporcionou, por ser determinadora da minha formação como Médica, levarei seu brasão com muito orgulho. A vida é combate!

Ao meu orientador, professor Tadeu Souza, por ter me aceitado nesse projeto, e principalmente por ter tido tão zelo com a nossa produção. Pelas conversas, problematizações e por tantas questões levantadas. A construção desse TCC, com certeza, foi importantíssima para minha formação, para mudar meu modo de olhar e de cuidar.

À minha família. Meus pais, Salvador e Fátima, que foram ponte e foram porto. Que me ensinaram a ser sensível e forte. Levarei para sempre comigo, no exercício diário da minha profissão, os valores que aprendi com vocês sobre bondade, empatia, caráter e altruísmo. Aos meus irmãos, Felipe e Hugo, por serem conforto sempre que precisei, por sempre terem acreditado no meu sonho e não deixado que eu desistisse, por serem os melhores irmãos do mundo. Esses seis anos longe de vocês não foram fáceis, nem um pouco.

Aos meus avós, meus tios, primos, amigos e vizinhos de Barbacena que sempre torceram por mim e estiveram em orações. Eu não teria conseguido se não fosse por vocês.

Ao Segundo, que sempre foi a calma quando eu precisei. Pelo apoio, pelo carinho, pelo zelo comigo em todos os momentos. Sem você, seria muito mais difícil. A Fidélia e Adriano que me deixaram ser parte da família e me trataram como filha.

Aos meus amigos do Trisca, que São Luís me deu e que levarei por toda a vida, Ananda, Arthur, Ithaan, Jonh, Martinho e Marília, por terem deixado a caminhada bem mais leve, por terem sido minha família, pelos almoços, lanches, caronas intermináveis, mas principalmente pela companhia, pelas risadas, pelas resenhas. Podem ter certeza que vocês já estão tatuados em mim. Aos demais amigos da turma, os “íneos”, Victor, Felipe, Paty, Bia, Bruninha, Isa, por terem trazido leveza e terem sido exemplos para mim durante o curso. A Renatinha, pela amizade desses seis anos, pela parceria, pelo estresse, pelas piadas, por tudo.

Aos professores que me marcaram durante o curso, pela postura ética, pela inteligência, pela amizade e que foram essenciais para o meu crescimento pessoal e profissional, especialmente Marizélia, Adriana, Flávia, Michelline, Sâmia e Antônio Gonçalves. A todos os professores da saúde pública, Aline, Laura, Tadeu, Judith, Zeny, Rejane e Teresa que ressignificaram o sentido do curso para mim. Obrigada por terem sido essa Paixão Alegre.

Aos meus pacientes que principalmente durante esses anos de internato me ensinaram como cuidar. Vocês foram essenciais.

Não poderia deixar de agradecer à Associação Atlética Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Maranhão (AAMUFMA – MATRACA), que me proporcionou momentos incríveis durante esses seis anos de curso. Que me apresentou amigos que também levarei para a vida. Que mostrou que a vida acadêmica vai muito além do que se pode colocar no ‘sigaa’. Em especial, a Bateria Matraca, que foi essencial nessa reta final, para que eu suportasse todo o peso do curso.

A equipe do Consultório na Rua que me acolheu e foi essencial para a criação desse trabalho.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação e da construção desse trabalho. Obrigada!

## RESUMO

Considerando a desassistência à saúde vivenciada pela População em Situação de Rua, o Consultório na Rua (CnRua) surge como uma importante possibilidade de construção de um novo modelo de atenção primária, favorecendo a ampliação do acesso aos serviços de saúde para essa população, e possibilitando a construção de outra forma de fazer e pensar a clínica e de pensar e agir sobre/no território. Essa pesquisa tem por objetivo ampliar os estudos sobre o direito à Saúde pela População em Situação de Rua (PSR) a partir de uma análise da experiência da equipe de Consultório na Rua do Município de São Luís- MA. Foi feito um estudo qualitativo de categoria observante participativa. Os participantes foram os 8 profissionais que compõem a ECR. A coleta de dados foi realizada por duas técnicas: observação participativa em trabalho de campo acompanhando a equipe nas abordagens e atendimentos aos usuários; Grupo Focal realizado com todos os integrantes da ECR. Os resultados surgiram a partir da análise desse material sob a técnica de triangulação de métodos. As narrativas do grupos focal e do diário de campo foram sistematizados e analisados em três categorias empíricas: **1) “Tiraram todo mundo de lá”** – analisa os conflitos entre as ações de garantia de direitos sociais promovido pelo Consultório na Rua e outras ações estatais voltadas para remoção, controle e repressão da população em situação de rua; **2) “A gente dorme daquele jeito né, um olho aberto e um fechado”** – analisa as estratégias e modos de vida da população em situação de rua em territórios marginalizados; **3) “Ela não é paciente daqui, vocês tem que resolver”** – analisa as estratégias de cuidado da ECR frente às adversidades do território e das barreiras da rede de saúde. Foram evidenciados os desafios e fragilidades no cotidiano do trabalho no Consultório de Rua, que conta ainda com uma fragilidade na articulação com a rede de saúde, uma estrutura precarizada e pouco apoio da Gestão, mas que ainda assim é instrumento que garante um acesso muito mais amplo da PSR à saúde. O CnRua constitui-se, portanto, como uma eficiente e desafiante estratégia de trabalho em saúde que precisa alterar os processos de trabalho do restante da rede de saúde e de outras políticas públicas brasileiras, de forma a garantir que todos possam ser acolhidos.

Palavras-chave: Consultório na Rua; População de Rua; População em Situação de Rua; Redes de Saúde

## ABSTRACT

The neglect of healthcare experienced by the Homeless Population, the Street Office (CnRUA) come up as an important possibility of construction of a new primary care model, favoring the ampliation of health services for this population, allowing the enlargement of the health services for them, providing the knowledge of other way of thinking and making the medical clinic and think and act upon this field. This research aim to enlarge the studies on the rights on health by the Homeless People from an experience analyses of the experience from the staff from a Street Clinic from São Luís-MA. A qualitative study participatory-observation was made. The participants were the eight professionals that form the ECR. The data collected was obtained by two techinques: observation of the field work from the staff and follow up the staff into the approach and the medical care to the users. Focal group were all members from Street Office. The results come up from the analyse of this material on the data triangulation. The storytelling from the focal group and the field journal were systematized and analyzed into three empirical categories: **1) “They took everyone from there”**- analyze the conflicts between the social rights and other actions from the government oriented to remove, control and rebuke of homeless people; **2) “We sleep that way, one eye up the chimney”** - analyze the strategies and way of life of the homeless in disfranchised places; **3) “She is not patient here, you have to deal with it”** – analyze the care strategies from ECR against adversity from the territory and the boundaries of the health care. Was highlighted the challenges and the weaknesses in the daily routine of the Street Office, that have some frailties with dealing with the public healthcare, an infrastructure and little support from the management structure, yet it was an instrument to ensure wide access from the Homeless to healthcare. The CnRua arise as an efficient and challenging strategy in helthcare that needs to change the working process from the rest of the public health and the brazilian public policies, in order to assure that everybody will be hosted.

Keywords: Street office; Homeless; Health sys

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Notícia Jornal ‘O Globo’

Figura 2 - Fluxograma ‘Mecanismos Psíquicos de adaptação’

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CA – AD	Centro de Atenção em Álcool e outras Drogas
CAPS – AD	Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas
CETAD	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CnRua	Consultório na Rua
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
ECR	Equipe de Consultório na Rua
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GF	Grupo Focal
HIV/AIDS	Vírus da imunodeficiência humana/ Síndrome da imunodeficiência adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MA	Maranhão
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ONU	Organização das Nações Unidas
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas
PNPSR	Política Nacional para População em Situação de Rua
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa de Saúde da Família
PSR	População em Situação de Rua
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 Geral.....	15
2.2 Específicos .....	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1 População de rua e o direito à saúde .....	16
3.2 A clínica da rua: modelo de atenção.....	18
3.3 O Consultório na Rua no Brasil .....	22
4 METODOLOGIA .....	24
4.1 Objeto .....	24
4.2 Tipo de estudo .....	24
4.3 Local do estudo .....	25
4.4 Participantes e amostra .....	26
4.5 Técnicas de coleta de dados .....	26
4.5.1 Diário de Campo .....	27
4.5.2 Grupo Focal.....	29
4.6 Análise de dados .....	30
4.7 Aspectos éticos.....	31
5 RESULTADOS.....	32
5.1 “Tiraram todo mundo de lá” .....	32
5.2 “A gente dorme daquele jeito né, um olho aberto e um fechado.” .....	39
5.3 “Ela não é paciente daqui. Vocês tem que resolver!” .....	50
6 CONCLUSÃO .....	67
REFERÊNCIAS .....	68
ANEXOS .....	72

*Quando a maré encher, quando a maré encher  
Vou tomar banho de canal quando a maré encher*

*É pedra que apóia a tábuia, e madeira que apóia a telha  
Saco plástico prego, papelão  
Amarra corda, cava buraco  
Barraco: moradia popular em propagação*

*Cachorro, gato, galinha, e bicho de pé  
E a população real convive em harmonia normal  
Faz parte do dia dia banheiro, cama, cozinha no chão  
Esperança, fé em Deus, o resto é ilusão*

*(Quando a maré encher – Nação Zumbi)*

## 1 INTRODUÇÃO

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

De acordo com uma pesquisa publicada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), com base em dados de 2015, existe cerca de 100 mil pessoas vivendo em situação de ruas no Brasil (NATALINO, 2016).

Em 2008, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) realizou uma Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL/UNESCO, 2008), em que o público alvo foi composto por pessoas com 18 anos ou mais que vivem em situação de rua. O levantamento abrangeu 71 municípios, sendo 23 capitais e 48 municípios com mais de 300mil habitantes. Entre as capitais, não foram pesquisadas São Paulo, Belo Horizonte e Recife pois nestas havia sido feita pesquisa semelhante em anos recentes, e Porto Alegre pois solicitou exclusão da amostra por estar conduzindo pesquisa de iniciativa municipal.

Foram avaliados vários dados relevantes sobre as características dessa população. A PSR é predominantemente do sexo masculino (82%), sendo que 27,9% declaram-se pretos, número que chama atenção quando comparado a população geral em que esse valor é de 6,2%. Mais de 50% dessa população tem uma renda semanal inferior a R\$ 80,00. 74% da PSR sabe ler e escrever, porém apenas 3,8% fazem algum curso.

Entre as razões de ida para a rua, 35,5% declaram ser por motivo de alcoolismo e/ou uso de drogas, 29,8% por desemprego e 29,1% por desavenças com familiares. Em relação à trajetória e deslocamento, identificou-se que uma parte considerável da população em situação de rua é originária do mesmo local em que se encontra, ou de locais próximos. Mais da metade da PSR possui

algum parente residente na cidade onde se encontram, porém 38,9% não mantêm contato.

A grande maioria dessa população, quase 70%, prefere dormir na rua, sendo o principal motivo a falta de liberdade em albergues como estabelecimento de horário e a proibição do uso de álcool e drogas.

Contrariando o senso comum, a população em situação de rua é composta em sua maior parte por trabalhadores, mais de 70% dos entrevistados disseram que exercem alguma atividade remunerada e apenas 15,7% pedem dinheiro como principal meio de obter renda.

Dos entrevistados, 19% não se alimentam todos os dias. Quando interrogados quanto a problemas de saúde, quase 30% relata ter algum problema de saúde como hipertensão, psiquiátricos, HIV/Aids e problemas de visão, respectivamente. Desses, 18,7% usam alguma medicação, sendo os postos e centros de saúde as principais vias de acesso. Quando doentes, procuram em primeiro lugar hospitais e emergências e em segundo lugar postos de saúde.

Em relação à documentação, 24,8% alegam não possuir nenhum documento de identificação, dificultando a obtenção de emprego formal, o acesso aos serviços e programas governamentais e o exercício da cidadania. 88,5% dessa população não recebe qualquer benefício dos órgãos governamentais.

A maioria dessa população já sofreu algum tipo de discriminação sendo impedidas de entrarem em estabelecimentos, incluindo estabelecimentos públicos em que o acesso deve ser garantido a toda a população, como transporte coletivo, órgão público, atendimento na rede de saúde e locais de retirada de documentos.

Essa população sofre o que se chama de invisibilidade, em que é excluída dos direitos sociais básicos, como educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança e até mesmo dos direitos humanos (PAIVA et al., 2016). Esse é um dos graves problemas que assola essa população e impede que ela tenha seus direitos reconhecidos (BRASIL, 2014). Como forma de criar um novo regime de visibilidade para a população de rua, pautada pelos direitos humanos, foi elaborada a Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPSR), instituída através do Decreto nº 7.053 de 2009, enquanto uma política que

suprisse as necessidades e garantisse direitos e deveres da PSR (BRASIL, 2009).

Esse movimento encontra-se dentro da ampla política de erradicação da pobreza extrema e da fome que constitui um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) preconizado pela Organização das Nações Unidas (ONU) que deveriam ser atingidos até 2015.

Segundo dados do relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (UNITED NATIONS FOR DEVELOPMENT, 2014) o Brasil retirou 37 milhões de pessoas da pobreza, ultrapassando a meta do milênio, com programas como o Bolsa Família. Parte da população que permanece na linha da extrema pobreza, constituída principalmente pela população em situação de rua, exige outras estratégias que ampliem acesso a serviços públicos em torno da garantia de direitos. A Política Nacional da População em Situação de Rua (PNPSR) vem, em certa medida responder a essa necessidade social enquanto ação intersetorial que inclui o campo da saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentre os objetivos da Política, podemos destacar:

- Assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda;
- Garantir a formação e a capacitação permanente de profissionais e gestores para atuação no desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais, transversais e intergovernamentais direcionadas às pessoas em situação de rua;
- Desenvolver ações educativas permanentes que contribuam para a formação de cultura de respeito, ética e solidariedade entre a População em Situação de Rua e os demais grupos sociais, de modo a resguardar a observância aos direitos humanos;
- Implantar centros de defesa dos direitos humanos para a População em Situação de Rua;
- Criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o SUS para qualificar a oferta de serviços;

- Implementar ações de segurança alimentar e nutricional suficientes para proporcionar acesso permanente à alimentação pela População em Situação de Rua, com qualidade;
- Disponibilizar programas de qualificação profissional para as pessoas em situação de rua, com o objetivo de propiciar o seu acesso ao mercado de trabalho. (BRASIL 2014)

Outras conquistas obtidas pela População em Situação de Rua foram a contagem oficial por parte do IBGE, que ocorrerá no Censo de 2020, a inclusão no Programa Minha Casa Minha Vida e a instituição do Centro Nacional de Defesa dos Direitos Humanos da População em Situação de Rua (BRASIL 2014).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar os desafios e experiência da Equipe de Consultório na Rua (ECR) do município de São Luís – MA.

### **2.2 Específicos**

- Conhecer o contexto histórico e político de implementação da ECR
- Conhecer a percepção dos trabalhadores da ECR sobre a PSR
- Analisar as estratégias de cuidado ofertadas pela ECR a PSR
- Analisar os avanços e desafios da inserção da ECR na Rede de Saúde

## **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **3.1 População de rua e o direito à saúde**

A Constituição Federal de 1988, a partir do Artigo 196, preconiza que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, e que tal direito deve ser garantido por políticas sociais e econômicas no sentido de reduzir o risco de doença e outros agravos. É garantido ainda o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

Para a efetivação do direito constitucional à saúde, foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 1990 que detalha o funcionamento do Sistema Único de Saúde. O SUS conta com princípios básicos que são a universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social.

A ampliação do consumo do crack, especialmente entre a PSR, colocou em evidência esta população impulsionando a consolidação de ações em saúde específicas. Apesar disso, somente em 2009 se estabeleceu uma política exclusiva para a população em situação de rua gerando uma nova agenda para o SUS.

A primeira conquista na área da saúde para a PSR foi o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua, instituído por meio da Portaria MS/GM nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009, considerando a necessidade de promover a articulação entre as ações do Ministério da Saúde e das demais instâncias do Sistema Único de Saúde, com vistas à equidade da atenção à saúde da população em situação de rua (BRASIL, 2009). Esse comitê tem entre suas competências propor ações que visem garantir o acesso à atenção à saúde e colaborar com a elaboração, o acompanhamento e a avaliação de ações programáticas do Ministério da Saúde voltadas a esse grupo populacional (BRASIL, 2013)

Por meio da Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013, foi publicado o Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua, definindo as diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco

na PSR no âmbito do SUS. O Plano tem como objetivos gerais a garantia de acesso da PSR às ações e aos serviços de saúde, redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das condições de vida da rua e melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida da PSR (BRASIL, 2013).

O Plano Operativo tem cinco eixos que definem as estratégias para promoção de saúde da PSR:

- Inclusão da PSR no escopo das redes de atenção à saúde (RAS), no qual define-se a implantação do Consultório na Rua (CnRua), além de acesso a atenção domiciliar em espaços de acolhimento institucional, capacitação das equipes de urgência e emergência para atendimento da PSR e inclusão da PSR nas políticas de atenção à saúde para grupos específicos;
- Promoção e Vigilância em Saúde com intensificação da busca ativa e dos tratamentos supervisionados para o controle e redução da incidência de doenças infecciosas e também garantia de acesso às vacinas disponíveis no SUS;
- Educação Permanente em Saúde na abordagem da saúde da PSR com foco principalmente na capacitação e sensibilização de profissionais de saúde para atendimento da PSR;
- Fortalecimento da participação e do controle social;
- Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a PSR. (BRASIL 2014)

A implantação dos Consultórios na Rua demarca um processo institucional entre as políticas de saúde mental e atenção básica. Inicialmente proposto pela Política Nacional de Saúde Mental, os Consultórios de Rua tinham como objetivo principal ampliar acesso aos usuários de drogas, especialmente crack, em situação de rua. Ampliava a ação dos agentes redutores de danos inserindo outros profissionais nessas equipes que atuavam junto aos territórios de uso de drogas.

Posteriormente, foi assumido pela Política Nacional de Atenção Básica instituído através da Portaria 122/123, de janeiro de 2011/2012, que estabelece as diretrizes das ECR, integrando o componente Atenção Básica da RAPS e

objetivando atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, inclusive, na busca ativa e no cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

Após a publicação dessas Portarias, as equipes de Consultório de Rua foram solicitadas a migrar, por meio de formulários indicados nas duas portarias supracitadas, para uma das modalidades de equipe de Consultório na Rua, tornando-se então uma modalidade de equipe de Atenção Básica (GIL, 2016).

### **3.2 A clínica da rua: modelo de atenção**

Segundo Souza e Macerata (2015), em tese não haveria sentido a criação de um serviço específico para população em situação de rua, já que o SUS tem como princípio a universalidade, o que garante o acesso a saúde como direito de todos, sem qualquer distinção. Entretanto, esse princípio por si só não responde às diferentes necessidades da população brasileira e construção de um serviço de tal natureza vem responder a outro princípio do SUS: a equidade.

A equidade, como um princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo diferenciações injustas e negativas e evitando iatrogenias devido à não observação das diferentes necessidades (BRASIL, 2012).

A PSR traz um conjunto de desafios para a rede de saúde em geral evidenciando a existência de um modelo pouco apropriado e acolhedor para pessoas em situações de extrema vulnerabilidade social e que têm um modo de vida que não se enquadra nos padrões socialmente aceitos. Evidencia-se com o vácuo histórico de desassistência da população de rua que os Consultórios de/na Rua só são necessários porque, no limite, os serviços do SUS não cumpriram com seus princípios na sua radicalidade.

O indivíduo em situação de rua encontra dificuldade para identificar o local apropriado para procurar assistência. A multiplicidade de necessidades, comum entre a PSR, exige uma mobilidade entre diferentes serviços, difícil de ser feito por essa população, por diversos motivos: acessar serviços em bairros desconhecidos, obter informação necessária para seu empoderamento e

autocuidado e conseguir recursos financeiros para se locomover entre grandes distâncias.

Esses indivíduos se deparam também com a falta de acolhimento e sensibilidade da equipe e com profissionais alheios à realidade socioeconômica da PSR (BRASIL, 2012). Além disso, o acesso da PSR aos serviços de saúde é dificultado também pela falta dos documentos e exigência de acompanhante por vários estabelecimentos e com recusa ao atendimento nesses casos.

Além dessas questões, a PSR conta também com singularidades no que diz respeito à própria saúde dessa população. A vida na rua expõe homens, mulheres e crianças a riscos que fazem com que essa população mereça, sob diversos aspectos, abordagem específica das equipes de saúde. (BRASIL, 2012)

**A falta de abrigo ou proteção adequada**, faz com que a PSR esteja mais vulnerável às agressões da natureza física ou moral, necessitando constante estado de vigília; **alimentação incerta e em baixas condições de higiene**, levando a um estado nutricional inadequado; **água de baixa qualidade**, muitas vezes não potável e pouco disponível; **privação de sono**, devido à violência, desconforto ou intemperes naturais; **privação de afeição**; **variações climáticas**; **cobertura limitada pelas equipes de Saúde da Família**; **falta de tempo para buscar atendimento para o cuidado da saúde** já que a maior parte das pessoas que usam a rua para viver trabalha no mercado informal, o que dificulta a perda de um dia de trabalho, imprescindível para assegurar a sobrevivência dessas pessoas; **vergonha** na busca por atendimento em UBS ou outras unidades de saúde devido às más condições de higiene ou de vestuário, além de preconceito sofrido por parte dessas pessoas quanto ao acesso a serviços públicos e de saúde; a **anamnese e semiologia** da pessoa em situação de rua também oferece várias peculiaridades sendo imprescindível que o profissional de saúde reconheça a necessidade da escuta qualificada para essa população e busque apoiar, sem imposições, a construção de uma história clínica, diagnóstico e projeto terapêutico adequados ao indivíduo; **autocuidado** é prejudicado, o indivíduo passa a perceber sinais e sintomas como “normais” e precisa ser empoderado e incentivado ao autocuidado; **internação e alta em serviços de saúde** que se dificulta pela falta de acompanhante prejudicando desde a história da doença, até orientações de cuidados na alta; **adesão ao tratamento e acompanhamento** costumam ser mais um dos desafios

considerando que a lógica de sobrevivência da PSR conta com planejar um dia de cada vez atrapalhando todo fluxo do cuidado. (BRASIL, 2012)

Na dimensão do acesso do usuário em situação de rua, vale ressaltar que esse grupo social normalmente se reporta ao serviço de saúde em situações emergenciais, não reconhecendo seu corpo doente até que o sintoma paralise suas atividades diárias. (BRASIL, 2012)

Essas condições de vulnerabilidade e questões psicossociais geradoras de sofrimentos físicos e emocionais vivenciadas pela população em situação de rua, possibilitam riscos maiores para a saúde desse grupo. Tal fato representa um desafio à efetivação de políticas de saúde que deem conta dessa complexidade. (BRASIL, 2012)

Além de todas essas questões, o modo de vida nômade dos moradores de rua desafia a lógica fixa de territorialização baseada na noção de domicílio utilizada pela atenção básica (SOUZA; MACERATA, 2015).

Possivelmente se tornou mais viável incluir as peculiaridades inerentes a essa população e, assim, ampliar o acesso aos serviços de saúde, a partir de um novo equipamento de saúde específico para essa população, do que alterar os processos de trabalho em saúde nos demais serviços do SUS especialmente na Atenção Básica. Tal conclusão aponta para o fato de que esse novo equipamento, por si, não será capaz de responder às necessidades dessa população, ao mesmo tempo em que terá que se haver com os motivos pelos quais ele mesmo foi constituído enquanto uma necessidade: a falta de uma rede acolhedora.

Dessa forma, se torna evidente a criação de um novo serviço quando se observa que nem a Atenção Básica, nem as equipes de Saúde mental abrangem a população que tem a rua como território de vida. A PSR fica desassistida destacando esse buraco na rede de saúde. (SOUZA; MACERATA, 2015)

Diante dessa situação de desassistência, o CnRua surge como um instrumento de facilitação do acesso dessas pessoas aos serviços de saúde, e a garantia de um atendimento sem discriminação, devendo ser a porta de entrada para o atendimento na rede de saúde (BERNADES et al., 2014).

O CnRua surge também como uma importante possibilidade de construção de um novo modelo de atenção primária, favorecendo a ampliação do acesso aos serviços de saúde para essa população, e possibilitando a

construção de outra forma de fazer e pensar a clínica e de pensar e agir sobre/no território (MACERATA, 2015). A ECR considera “a rua como território de vida; território que impõe a quebra da lógica domiciliar da ESF tradicional, e uma nova maneira de considerar e operar no território e na clínica”.

As equipes de Consultório na Rua visam atender a integralidade das questões de saúde da pessoa em situação de rua, incluindo na AB as ofertas de saúde da saúde mental: a Redução de Danos, os atendimentos a transtornos mentais, articulando-as às ofertas tradicionais das ESF (SOUZA; MACERATA, 2015). Dessa forma, a ECR constitui um serviço transversal, já que a produção do cuidado por parte das equipes diz respeito tanto à área da saúde mental, quanto aos princípios e práticas da atenção básica (LONDERO, 2014).

As ações das ECR tem como foco a promoção da saúde, a prevenção de agravos, a redução de danos e a aplicação de ações de cuidado numa perspectiva integral, centrada na pessoa e não na doença, entendendo e reconhecendo as necessidades e trabalhando de forma articulada para melhorar a condição de vida e saúde das pessoas (SILVA, 2015)

A ECR, por meio da sua clínica, traz consigo também a necessidade de qualificação do SUS no tocante à integralidade do olhar e da ação da clínica; às formas de considerar e agir no território; às maneiras de articular a rede interna ao SUS e às redes de políticas públicas em geral. (SOUZA; MACERATA, 2015)

Dentre os objetivos do Consultório na Rua estariam o de oferecer cuidados no espaço da rua, preservando o respeito ao contexto sociocultural da população, por meio de ações de promoção, prevenção e cuidados primários (no espaço da rua); articulação com o SUAS e seus serviços como o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS); promoção de atividades lúdicas, esportivas e artístico-culturais, estas por meio de oficinas; promoção da reinserção familiar, escolar e social, entre outras. Pode-se ver um desenho da clínica bastante distinto dos tradicionais Centros de Saúde e mesmo da maioria das Unidades da Estratégia Saúde da Família.

A ECR, ao interagir em diferentes cenários com a população de rua, presentifica, no cotidiano, um conjunto inusitado de necessidades em saúde para a rede de cuidados. (LONDERO et al., 2014).

### 3.3 O Consultório na Rua no Brasil

Como já falado anteriormente, o surgimento do Consultório na Rua no Brasil surge a partir de movimentos evidenciados a partir do problema do crack e seu entendimento como problema de saúde pública. Surge no contexto envolvido entre Saúde Mental e Atenção Básica.

A rua enquanto espaço da clínica foi muito tematizado e experimentado pelo campo da saúde mental no processo de desinstitucionalização da loucura, no contexto da reforma psiquiátrica, em que se debatia justamente a reinserção do doente mental e sua ressocialização (LANCETTI, 2006).

Os Consultórios na Rua têm em suas origens a influência de outra experiência de atenção à saúde em modos itinerantes, denominada Consultório de Rua, que teve início em Salvador - BA em 1999, pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), organização criada como atividade e serviço de extensão da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal da Bahia (BRASIL, 2010). No início de 2004, um Consultório na Rua foi implantado no primeiro Centro de Atenção Psicossocial para o atendimento em álcool e outras drogas (CAPS AD) de Salvador, estruturando o modelo assistencial dessa unidade de serviço de saúde até 2006. O trabalho articulado com o CAPS AD demonstrou que a retaguarda do Consultório favorecia o fluxo de encaminhamentos e a inserção dos usuários na rede de saúde de modo mais comprometido, intervindo na redução de riscos e na proteção de saúde às pessoas em situação de maior vulnerabilidade social. (MULLER, 2013)

Em 2009, o Ministério da Saúde propõe que o Consultório na Rua se torne uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento em Álcool e outras Drogas no setor da saúde, sendo incluído, em 2010, no Plano Integrado Nacional de Enfrentamento ao Crack, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços assistenciais e melhorar e qualificar o atendimento oferecido às pessoas que usam álcool e outras drogas, por intermédio de ações de saúde na rua (BRASIL, 2010; MULLER, 2013).

Em consonância com as ações do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD), do Governo Federal, o Grupo Hospitalar Conceição propôs a criação de um centro de serviços destinados às ações de saúde mental, direcionado às questões de

tratamento e prevenção da dependência de álcool e outras drogas, criando o Centro de Atenção em Álcool e outras Drogas (CA-AD), posteriormente renomeado para Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS-AD).

Diante da desassistência vivida pelas pessoas que estão em situação de rua e da necessidade de garantir o acesso às ações de saúde, surgiram em 2011 as Equipes de Consultório na Rua e do Programa de Saúde da Família sem Domicílio (PSF sem domicílio), que posteriormente passou a se chamar Equipe de Saúde da Família para População em Situação de Rua (ESF Pop Rua), criada em 2004 e que já atuava como parte da rede de Atenção Básica à Saúde ampliando o seu leque de atuação, não apenas tratando das questões relacionadas ao uso/abuso de drogas, mas oferecendo cuidado em saúde de forma mais geral (LONDERO, 2014; SILVA, 2016)

Assim, a ECR surge em 2011 como um importante dispositivo para o fortalecimento do cuidado, garantia e ampliação de acesso aos serviços de saúde à população de rua, trabalhando de forma multiprofissional, de forma integrada aos outros serviços da rede, *in loco* e oferecendo ações e serviços de saúde a população em situação de rua, seja ele homem, mulher, idoso ou criança (BRASIL, 2011; SILVA, 2016)

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Objeto**

O objeto da nossa pesquisa será o modelo de atenção e gestão da ECR no município de São Luís - MA.

### **4.2 Tipo de estudo**

Este estudo é parte de um projeto de pesquisa, em andamento, intitulado “Pesquisa avaliativa da rede de atenção psicossocial em São Luís - MA: modelos de atenção e gestão dos Centros de Atenção Psicossocial e de Consultório na Rua”.

Pesquisa qualitativa com triangulação de métodos. O método qualitativo, segundo Minayo (2013), é utilizado no estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões. Permite compreender processos sociais ainda pouco conhecidos sobre determinados grupos. Assim, esse método possibilita que as diversas subjetividades da realidade social sejam captadas.

A pesquisa qualitativa tem o objetivo de abordar o mundo “extramuros” (e não em contextos especializados de pesquisa, como os laboratórios) e entender, descrever e, às vezes, explicar os fenômenos sociais de diversas maneiras, uma delas é analisando experiências de indivíduos e grupos. (GIL, 2016, p. 34)

Flick (2009) afirma que os métodos qualitativos levam a resultados mais relevantes no âmbito da saúde pública, devido à complexidade existente nos temas e nas relações observadas.

Em um programa ou serviço, a participação de seus trabalhadores ou beneficiários na avaliação vem sendo defendida por diversos autores para aumentar a chance de utilização dos resultados da pesquisa, para estimular a participação, a capacitação e o desenvolvimento dos envolvidos, para considerar os diferentes interesses, questões e reivindicações existentes, para revelar as aprendizagens silenciosas do cotidiano e para propiciar negociações e trocas

simbólicas entre os envolvidos (FURTADO, 2001; FURTADO, ONOCKO CAMPOS, 2008).

Seguindo essa tradição, consideramos fundamental um processo de pesquisa avaliativa que inclua os trabalhadores na produção da avaliação levando-se em conta seus potenciais de apoio à intervenção na realidade, recompondo ou reorganizando conhecimentos, técnicas e instrumentos de maneira objetiva e operacional. A avaliação se faz na perspectiva de análise de processo e inclui os diferentes atores reposicionando-os da condição de avaliados para também avaliadores (PASSOS et al., 2008).

### **4.3 Local do estudo**

O estudo foi realizado no município de São Luís, capital do estado do Maranhão, com 1.014.837 habitantes, segundo Censo IBGE 2010, e uma estimativa populacional para o ano de 2016 de 1.082.935 habitantes. O território da cidade abrange uma área de 834.785 km<sup>2</sup> (IBGE, 2010). Com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,768 no ano de 2010, São Luís ocupava a 249<sup>a</sup> posição entre os 5.565 municípios brasileiros segundo o IDHM (PNUD, 2013).

As atividades da pesquisa aconteceram no campo de atuação do Consultório na Rua de São Luís- MA, mais precisamente Mercado Central, Praça Deodoro e Portinho, além do local de permanência da equipe, Centro de Saúde Dr. Carlos Macieira, situado no Sacavém (Distrito Coroadinho). O CnRua de São Luís foi implantando em janeiro de 2015, tendo início a atuação em março desse mesmo ano com objetivo de atender pessoas que estejam vivendo em situação de rua em condições de vulnerabilidade social, distanciadas da rede de serviços de saúde.

O território de abrangência do CnRua de São Luís são os distritos Centro e Coroadinho, pois são áreas com grande número de pessoas em situação de rua. No Centro há vários pontos de atuação que são: Monte Castelo, Praças Deodoro, João Lisboa, D. Pedro II, Gonçalves Dias, Praça da misericórdia, Portinho, Cais da praia grande, Reviver, Convento das Mercês, Praça da igreja Santo Antônio, Parque Bom Menino, São Francisco e Praça do Desterro. Uma ECR deveria atender 800 a 1000 pessoas, havendo necessidade de implantação

de outra equipe caso ele número seja ultrapassado, segundo Ministério da Saúde (MS).

O CR é constituído por uma equipe multiprofissional, modalidade três, composta por oito profissionais de diferentes áreas: um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, uma assistente social, uma agente social, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, um técnico em saúde bucal e uma médica psiquiatra. A equipe se divide em dois grupos, que atuam nas mesmas áreas, porém em turnos diferentes da tarde e noite. No período da manhã a equipe resolve demandas internas e questões administrativas. (BRASIL, 2012)

O deslocamento para essas áreas, atualmente, é feito por uma caminhonete, disponibilizada pelo estado, de uso apenas da ECR. É uma aquisição recente da equipe que anteriormente contava com uma “ambulância” que apesar de ser melhor para transporte de insumos, apresentava vários problemas técnicos.

#### **4.4 Participantes e amostra**

Os participantes deste estudo foram os profissionais que integram a Equipe de Consultório na Rua de São Luís - MA no período da coleta de dados, totalizando oito profissionais, em que todos foram incluídos na pesquisa, segundo composição de amostra definida pela técnica do Grupo Focal.

#### **4.5 Técnicas de coleta de dados**

A técnica utilizada foi triangulação de métodos. Segundo Jick (1979), há um valor universal na triangulação metodológica, pois cada método, por si só, não possui elementos mínimos para responder às questões que uma investigação específica suscita. Denzin (1979) completa enfatizando a contribuição metodológica como instrumento de iluminação da realidade sob vários ângulos, propiciando maior clareza teórica e permitindo aprofundar uma discussão interdisciplinar de forma interativa e intersubjetiva.

“A produção disciplinar, resultante da experiência de triangulação, que compartilha reflexões de outras áreas, nunca será igual ao fruto do esforço monológico de investigador individual e solitário”. (MINAYO, 2009)

Minayo (2013) define que existem dois requisitos indispensáveis para utilização desse método. O primeiro, é a necessidade de haver uma equipe multiprofissional e multidisciplinar disposta a trabalhar coletivamente. Ela pontua que:

Depende de pessoas dispostas emocionalmente e mentalmente ao diálogo e a experimentar a possibilidade de complementação entre diferentes métodos e disciplinas, realizando um movimento intelectual específico em direção a um objeto empírico. (MINAYO, 2005, p. 32)

O segundo requisito é a competência disciplinar dos membros dessa equipe, visto que apenas dessa forma há como obter aprofundamento teórico-metodológico necessário para êxito da pesquisa.

Através da triangulação é possível a interação entre esses profissionais com saberes diversos, o que propicia que uns sejam atravessados pelos saberes dos outros, rompendo barreiras epistemológicas, teóricas e práticas. (MINAYO, 2005)

#### **4.5.1 Diário de Campo**

A observação é um dos meios mais utilizados pelos seres humanos para compreender as pessoas, as coisas, os acontecimentos e as situações (RUDIO, 2001). Barros e Lehfeld (1994) afirmam que para observar é necessário aplicar os sentidos a um objeto para dele adquirir um conhecimento claro e preciso. A observação passa a ser uma técnica científica quando passa por um processo de sistematização, planejamento e controle da objetividade. O pesquisador deixa de ocupar uma posição de mero espectador e passa a observar com um olho treinado em busca de acontecimentos específicos (LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001).

Na pesquisa qualitativa, há vários tipos de observação, entre as quais a observação assistemática ou não estruturada, a sistemática ou planejada, a individual ou em equipe, a em campo ou laboratório e a observação participante (QUEIROZ, 2007).

O observador participante se insere no contexto do funcionamento do objeto de estudo de seus participantes e tem como função a partir da observação

registrar as informações que tenham relevância para o grupo como um todo. (GIL, 2016)

Minayo (2014) diz que a observação descritiva se realiza de forma totalmente livre, em que o investigador deve manter foco no objeto de estudo, sem, no entanto, estabelecer tópicos pré-determinados.

A observação é uma técnica de coleta de dados para conseguir informações que utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade, não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que deseja estudar. Ela ajuda o pesquisador a identificar e obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento, obrigando o investigador a um contato mais direto com a realidade (LAKATOS; MARCONI, 2010). Minayo (2008) complementa dizendo que o observador se torna parte da vida dos observados, tendo a capacidade de transformar o objeto de estudo e deixar transforma-se por ele.

Toda observação deve ser registrada em um instrumento que se convencionou chamar de Diário de Campo. Esse diário pode ser um caderno de notas, planilha, dispositivos eletrônicos que permita registros. No diário de campo devem estar registradas as percepções diárias do pesquisador tais como conversas informais, observações de comportamento, ambiente, falas e impressões pessoais.

Segundo Florence Weber (2009) o diário de campo deve ser entendido como um instrumento que o pesquisador se dedica a produzir diariamente durante toda a experiência etnográfica. Deve ser construído com base na observação direta dos comportamentos culturais de um grupo social. O diário de campo deve abarcar as práticas diárias, as relações entre o pesquisador, objeto pesquisado e o ambiente de pesquisa.

O diário de campo, foi um relato de experiência do acompanhamento da Equipe de Consultório na Rua durante dois dias diferentes de trabalho. Os dias foram pactuados previamente com a equipe que sugeriram dois lugares distintos que concentram mais pessoas em situação de rua: Mercado Central no primeiro dia e Praça Deodoro e Portinho no segundo dia. Nos dois dias a ida a campo ocorreu no período da noite, entre 19h e 21:30h. O diário de campo foi feito no mesmo dia logo após a ida a campo de modo detalhado descrevendo 1) o

cenário e dinâmica da rua, 2) a abordagem da ECN e 3) os diálogos com pessoas em situação de rua.

#### **4.5.2 Grupo Focal**

Em um segundo momento, foi utilizado o Grupo Focal (GF) como técnica de coleta de dados que, por definição, baseia-se em gerar, encorajar e analisar a interação entre participantes de uma entrevista em grupo (BARBOUR, 2009).

“Permite, assim, fazer emergir uma multiplicidade de pontos de vista e processos emocionais, em função do próprio contexto de interação criado, permitindo a captação de significados que, com outros meios, poderiam ser difíceis de se manifestar. (GATTI, 2005)

Na área da saúde, o GF tem sido mais consistentemente utilizado a partir da segunda metade dos anos de 1980, e revelou-se especialmente útil nas pesquisas avaliativas e explorativas, posto que, nos estudos de avaliação de implantação de programas e estratégias de saúde, que costumam subsidiar a tomada de decisão, são mais valorizadas as metodologias de inspiração construtivista, em que torna-se necessário apreender a complexidade do objeto e seu caráter dinâmico (TRAD, 2009; BACKES et al., 2011).

O GF difere da entrevista individual por basear-se na interação entre as pessoas para obter os dados necessários à pesquisa. Sua formação obedece a critérios previamente determinados pelo pesquisador, conforme os objetivos da investigação, cabendo a este criação de um ambiente favorável à discussão que propicie aos participantes manifestar suas percepções e pontos de vista. (BACKES et al., 2011).

O grupo focal foi realizado em um encontro com foco em temas organizados previamente em um roteiro de grupo focal (ANEXO 1). O questionário foi feito previamente com as questões base que seriam abordadas. O grupo foi realizado pelo Professor Doutor Tadeu de Paula Souza, responsável por coordenar e moderar o grupo; pela observadora e participante Carla Lopes Teixeira Gomes, responsável pela transcrição na íntegra das falas e pela observadora Rayana Gabriela Godoy que responsabilizou-se por anotar os

acontecimentos, as falas dos participantes, as conversas paralelas e os comentários complementares, como forma de auxílio para a transcrição.

Recorreu-se à gravação como recurso auxiliar para o registro dos resultados, sendo colocados dois gravadores no centro do círculo, para a captação da voz, facilitando a transcrição posterior. Os participantes da pesquisa foram comunicados e avisados que o grupo seria gravado, não fazendo nenhuma objeção ao fato. Os gravadores foram ligados no início do GF, durante a leitura do Termo de Consentimento (ANEXO 2), e desligados após a finalização das questões propostas pelo roteiro. A reunião do grupo focal teve duração de 95 minutos.

#### **4.6 Análise de dados**

O grupo focal foi áudio-gravado e transcrito integralmente conforme técnicas habituais e consagradas, sendo os resultados analisados com o auxílio da Análise de Conteúdo (MINAYO, 2008).

Foi utilizada a Análise de Conteúdo na modalidade temática, que permite descobrir os núcleos de sentido implicados na comunicação e o significado destes para o estudo do objeto em questão considerando tanto a presença quanto a frequência (MINAYO, 2013). De acordo com Bardin (2011), a primeira etapa dessa modalidade é descrita como pré-análise, em que são escolhidos os documentos a serem analisados e elaboradas categorias que fundamentam a interpretação final; a segunda etapa, de exploração do material, remete-se à aplicação das ideias da fase da pré-análise. Minayo (2013) afirma que nessa fase, busca-se alcançar o núcleo de compreensão do texto por meio de categorias, que são expressões significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado.

Por fim, é elencada a etapa de tratamento dos resultados, inferência e interpretação, momento em que os resultados são tratados de maneira a tornarem-se significativos para os sujeitos da pesquisa. Minayo (2013) ressalta que nessa fase são propostas inferências, relacionando-as com o levantamento teórico ou produzindo novas dimensões teóricas e interpretativas.

Bardin (2011) elenca três procedimentos metodológicos característicos da análise de conteúdo: a codificação, a categorização e a inferência. Para a autora,

a codificação é o ato de transformar os dados brutos do texto para alcançar uma representação do conteúdo ou de sua expressão, através de recorte, agregação e enumeração. Por sua vez, a categorização consiste em uma maneira de classificar os elementos que constituem um conjunto, reunindo as partes comuns existentes entre eles. Por fim, a inferência é entendida como a própria interpretação do conteúdo analisado, ressaltando a importância de ir além do material coletado, levando em consideração a significação das características do discurso.

#### **4.7 Aspectos éticos**

A pesquisa atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob processo nº 55101816.8.0000.5087. Todos os participantes da pesquisa foram esclarecidos acerca da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## 5 RESULTADOS

As narrativas do grupos focal e do diário de campo foram sistematizados e analisados em três categorias empíricas: 1) “Tiraram todo mundo de lá” – analisa os conflitos entre as ações de garantia de direitos sociais promovido pelo Consultório na Rua e outras ações estatais voltadas para remoção, controle e repressão da população em situação de rua; 2) “A gente dorme daquele jeito né, um olho aberto e um fechado” – analisa as estratégias e modos de vida da população em situação de rua em territórios marginalizados; 3) “Ela não é paciente daqui, vocês tem que resolver” – analisa as estratégias de cuidado da ECR frente as adversidades do território e das barreiras da rede de saúde

### 5.1 “Tiraram todo mundo de lá”

Hoje foi o primeiro dia de trabalho de campo com o Consultório na Rua de São Luís. Participaram professor Tadeu, Rayana e eu. O local de campo foi o Mercado Central, local histórico localizado no centro de São Luís que gera renda para quase 2.500 pessoas, incluindo flanelinhas e carregadores de sacolas. O local conta com uma mistura de sabores, cheiros, cores e artes. Apesar de ser uma construção, o “Mercado Central” se constitui como um território extramuros, sendo considerada toda área ao entorno. Sabe-se que a população em situação de rua tem o centro das cidades como território principal de vida e São Luís não difere, sendo esse um dos locais com maior quantidade de usuários.

O trabalho de campo foi durante a noite, combinamos de encontrar a equipe já no local. Paramos o carro em um local mais movimentado e fomos a pé até o Mercado Central. Estava escuro, as ruas não eram tão iluminadas e durante o caminho já nos deparamos com a realidade da rua. Foi um misto de sentimentos, ansiedade para o primeiro dia, medo de que algo pudesse acontecer, tensão. Ao longo desse trajeto me senti bastante vulnerável justamente por ainda não estar com a equipe e não ter identificação. Vimos algumas pessoas deitadas no chão, um casal discutindo e trocando agressões, algumas voltando para casa depois de um dia trabalho e outros que por ali permaneciam em alguns bares que estavam abertos, um deles tocando reggae,

música típica de São Luís. Havia uma circulação de pessoas nesses locais, mas nada comparado à movimentação que acontece durante o dia. Eram 19 horas, alguns chegavam e outros iam embora: um momento de transição de territórios que se opera no mesmo espaço geográfico. As ruas estreitas, típicas do Centro, não eram tão bem iluminadas e representavam para mim um ambiente hostil naquele horário.

Chegamos ao local e a equipe encontrava-se lá. Estava parte da equipe, que trabalha durante a noite: Assistente Social, Enfermeiro e Médica Psiquiatra, além do motorista. Já conhecíamos a equipe, por contato com reunião de equipe e grupo focal.

O local onde a equipe se encontrava estava bem iluminado, a rua era larga, tinha um bar aberto, com algumas pessoas sentadas, o ambiente já não era mais tão hostil. As pessoas que permaneciam no local ficavam agrupadas. Os grupos com mais concentração de pessoas se aglomeravam nas calçadas, próximo à esquina, um pouco distante de onde estacionou o veículo do Consultório na Rua. Ficava clara uma divisão do espaço. A equipe nos explicou que onde eles estavam mais concentrados era um espaço de “privacidade” deles, pois provavelmente estavam fazendo uso de drogas. A estratégia da equipe era estacionar próximo ao local, permitindo que os usuários os visualizassem, sem, no entanto, “invadir” o espaço de convivência estabelecido por eles. Fato esse que nos gerou algumas questões: até que ponto esse respeito ao espaço acaba sendo uma barreira para os usuários com mais dificuldade acessar a equipe? Até que ponto acessar o espaço de uso de drogas é uma invasão?

Aos poucos os usuários iam se aproximando e trazendo diferentes demandas, como dores, doenças dermatológicas, busca por documentos e cartão do SUS e muitos querendo conversar, ser examinados. Alguns chegavam pedindo sopa, o que nos fez perceber que nem todos sabiam diferenciar a ação do Consultório na Rua das ações de caridade. Quantos outros que estavam em situação de uso, mesmo visualizando o veículo e a equipe do Consultório na Rua sabiam que o direito a saúde estava ali tão próximo?

A equipe havia comentado que aquele era um dos pontos onde se encontrava a maior quantidade de usuários, porém aquela noite estava atípica. Os integrantes da equipe notaram que o movimento no local estava bem menor

que o habitual, e perguntamos inclusive a alguns usuários, que ficaram por perto durante mais tempo, porque o local estava menos movimentado. Um deles nos contou que o motivo era que muitos dormiam na praça localizada próxima ao local, porém tinham saído por serem expulsos uma vez que se iniciaria uma “revitalização” daquela área e por isso muitas pessoas foram procurar outros lugares. A equipe já sabia desse fato.

As políticas coercitivas e higienistas que objetivam retirar as pessoas das ruas, ou de determinadas áreas da cidade, são recorrentes em diversas cidades brasileiras. Coloca-se, portanto, o confronto entre o Consultório de Rua enquanto iniciativa público-estatal de garantia aos direitos sociais e outras iniciativas também estatais que operam num sentido contrário a essas garantias: o Estado contra o Estado.

Figura 1<sup>1</sup> - Notícia Jornal ‘O Globo’



Apesar das polêmicas acerca dessa notícia, em que houve uma defesa em relação ao ocorrido dizendo que os jatos não teriam sido direcionados às pessoas ali presentes, são conhecidas, historicamente, ações públicas de repressão, retirada compulsória e recolhimento de pertences de pessoas em situação de rua, muitas vezes sobre a denominação de “higienização” dos espaços públicos. Por várias vezes nos deparamos com notícias parecidas, algumas mais chocantes, mais agressivas que outras, mas sempre com um objetivo comum: afastar a população em situação de rua dos grandes centros.

O Consultório na Rua, também sendo uma política criada e de gestão do Estado, atua na contra-mão de tais ações. O CnRua tem justamente a função de

<sup>11</sup> Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/moradores-de-rua-sao-acordados-com-jatos-de-agua-fria-em-sp-diz-cbn-21607407>. Acesso em 24 de outubro.2017

cuidado, entendendo a rua como território que pode ser habitado e considerando suas peculiaridades. Nesse sentido, o CnRua precisa lidar com esses conflitos existentes nessa divergência de ações que muitas vezes tenta usar o consultório como facilitador das ações repressoras. Macerata (2007) descreve bem essa dualidade e traz os termos de ação sobre/contra a rua e ações com/pela/na rua representando essas duas divergentes linhas de ação do Estado.

A ação <sobre/contra> acabava por apressar as análises e direcionar a intervenção como forma de achar um culpado para a situação. Esse modo de ação <sobre/contra> centra-se na droga, na tal “desintoxicação”, e acaba judicializada, tornando a institucionalização a única possibilidade. Ação <com/pela/na> rua era uma ação que não somente se dava nas ruas, mas uma ação de contaminação com a rua e um agir através dessa contaminação. Ela pressupunha a constituição de um espaço na rua e com a rua, o que queria dizer um espaço e uma temporalidade diferencial na rua, mas que podia transitar, estar junto de sua dinâmica. (MACERATA, 2007)

A maioria dos profissionais da equipe entende essa questão, e trouxeram isso em seus discursos.

Porque nós, a equipe, conseguiu uma articulação com o instituto de identificação que aqueles usuários cadastrados que não tem o RG, a gente faz uma pesquisa lá, né. E aí a gente vê se é possível tirar ou não o RG. Se eles podem ou não retirar. Só que o que que aconteceu... em uma reunião que teve aí, eles solicitaram o nosso cadastro e foi enviado, mas a partir daí, o que que eles querem com nosso cadastro, tentar localizar foragidos, né. (Narrativa Grupo Focal)

O Consultório acaba por precisar atuar nas tangências dessas questões, não confrontando as ações, porém não aceitando que o CnRua seja subordinado a todo e qualquer tipo de política advindas do estado.

Que a gente depois que parou pra pensar né, que não deveria nem ter mandado o cadastro. (Narrativa Grupo Focal)

Eles estão se utilizando do vínculo que a gente tem com o usuário [...] não pra garantir o direito deles não. (Narrativa Grupo Focal)

Em algumas situações, o CnRua acaba se situando em contextos contraditórios, de ajudar ao mesmo tempo os moradores de rua e o Estado, como quando comunicam antecipadamente que haverá uma ação de recolhimento, funcionando dessa forma como agente de comunicação entre o Estado e a PSR.

Agora nas férias pediram que a gente contribuísse, passaram pra coordenadora, ela pediu pra que a gente fizesse isso. A fonte das pedras, é um local próximo ao Mercado Central e lá eles vão revitalizar a área, então já estão mandando avisar que vão retirar todo mundo de lá, mas pra revitalizar esse espaço né. Vão pintar, iluminar e tal... Inclusive o motorista até fez isso, passou e disse “ó gente, se preparem aí que eles vem tirar, vão limpar tudo aqui”, pra eles recolherem as coisas deles, que quando vierem tirar vão tirar tudo. (Narrativa Grupo Focal)

Pode-se perceber, no entanto, que a equipe consegue lidar bem com essas questões, desviando-se de ações que possam prejudicar a PSR, e envolvendo-se apenas quando, de certa maneira, a informação possa servir para benefício desses usuários, os poupando de violência e humilhações que possam vir a ocorrer.

E aí um dia antes o diretor do instituto tinha nos chamado pra explicar que queria realizar uma ação, que era pra gente escolher o nosso ponto que tivesse o maior fluxo de atendimento pra fazer essa ação. Eles iam levar a carreta deles e não sei o que, pra tirar o RG, mas ao mesmo tempo tentar localizar foragidos. A gente disse que ia levar pra reunião com a equipe [...] Nunca mais voltamos. Aí agora a gente já não tá mais oferecendo o RG. (Narrativa Grupo Focal)

Tais ações influenciam diretamente a maneira de cuidar do CnRua, na medida que prejudicam relações intersetoriais necessárias para bom funcionamento e resolutividade do Consultório. Uma das demandas sociais mais procuradas pelos usuários é justamente a documentação, que se torna fundamental para exercício da cidadania, já que o acesso a serviços públicos ainda tem essa exigência. Entretanto, a ação policial de vincular a busca por retirada de documentação como estratégia para localizar pessoas em conflito com a lei acabou por gerar um recuo da equipe em dar seguimento a essa ação.

Macerata (2007) descreve que “a rua é esse fora dentro na cidade. A rua, como território de vida, é a forma de vida mais distante, mais diferente da cidade, mas que paradoxalmente se localiza nas regiões centrais dos centros urbanos: é um estranho íntimo”.

Na bandeira Tribuzzi eles meio que expulsaram daquela região. Onde o Estado tem outra proposta pra debaixo da ponte ali, inclusive urbanizar e tal, aí eles tiraram de lá, eles expulsaram do local. Aqui

vocês não podem mais ficar. Tiraram todo mundo de lá. (Narrativa Grupo Focal)

Tais ações em que o uso da força é a estratégia principal de abordagem da PSR não se resume aos órgãos da segurança e por muitas vezes se associam a instituições do próprio setor saúde.

Acontece. O CAPS AD, o diretor já fez, quando eu tava como residente lá, uma vez a gente atendeu - eu não era nem daqui - a gente atendeu um grupo, não sei como é que ele faz, ele chama quem. Sei que eles trouxeram um monte de morador de rua e ele ficou atendendo. Eu nem tinha noção assim [...] mas eles meio que a força assim... é um pouco a força que eles vão lá. Esses que chegaram lá pelo menos [...] não era totalmente voluntário não. Estadual [O CAPS]. Já presenciei uma dessas ações, não sei se continua, se não continua. (Narrativa Grupo Focal)

Tais ações acabam por dificultar a ação dos Consultórios na Rua, pois atrapalham na construção de confiança, vínculo e longitudinalidade do cuidado, uma vez que a discriminação generalizada dificulta que os próprios moradores de rua discriminem os diferentes órgãos estatais.

A princípio foi bem difícil né, porque, a nossa unidade nova é uma ambulância, e aí como já haviam acontecido muitas ações pra fazer a retirada deles dos pontos. Então no começo eles tinham muita resistência à equipe porque quando eles olhavam nossa unidade móvel eles achavam que a gente tava ali para recolhê-los, tirar eles dos pontos, né. (Narrativa Grupo Focal)

É importante destacar que esse problema em diferir as ações sobre/contra das ações com/pela/na a rua se torna uma questão tanto para a equipe, que tem seus receios em relação ao que pode receber da PSR, como para essa própria população de rua que acaba se perdendo em meio a essa contradição.

“Vocês só vem pra pegar nosso nome”, tem um até que incita os outros “Olha, manda ele tirar seu nome de lá, que eles só fazem pegar o nome”, aí chegou uma pra mim “tira meu nome daí”, aí eu risquei. (Narrativa Grupo Focal)

Porém, como dito por Marcelo Mayora (2016), a análise não deve se ater apenas ao Estado já que esse muitas vezes é apenas reproduzidor dos consensos sociais opacos que legitimam a construção de cidadãos de primeira e segunda

classe, de gente e de subgente. Junto à violência praticada por agentes do Estado está a construção histórica e social da subcidadania, de pessoas que não possuem nenhum valor e por isso podem ser violentadas.

Segundo Jessé Souza (2016) desde a abolição da escravidão as ruas se tornaram espaço para os alforriados, abandonados à própria sorte (ou azar) que sem ajuda se tornaram excluídos no processo de urbanização e industrialização no Brasil. O autor reforça que jamais houve no Brasil qualquer consciência da necessidade de incluir ex-escravos, que constituem, atualmente, a classe dos desclassificados de maioria mestiça e empobrecido. A população de rua, é na sua grande maioria, herdeira direta do processo de desigualdade social constitutivo da sociedade brasileira pelo seu histórico escravagista.

O pouco investimento histórico e político no sentido de produzir inclusão social e reverter esse quadro de desigualdade e vulnerabilização é reforçado pelo pensamento de que se trata de uma população irrecuperável, como se o problema não fosse histórica e politicamente construído, mas uma característica inerente a essa população.

A gente recebe muita crítica, a gente tá aqui atendendo, ai pessoa, o povo (...) passam assim “eta falta de... perda de tempo”, as vezes eu puxo a pessoa, as vezes, quando eu consigo conversar com a pessoa eu falo, tento mostrar pra pessoa. Ou as vezes quando eu não tô no CnRua, tô assim fora, no dia-a-dia, “[Nome da profissional], mas tu vê efeito? Que falta de tempo!” (Narrativa Grupo Focal)

Nesse contexto, essas políticas são sempre mascaradas por um desejo coletivo de “higienização” dos grandes centros urbanos. Ao mesmo tempo em que não são criadas políticas de inclusão, ainda é tentado a qualquer custo que essas pessoas deixem as ruas, como forma de “limpeza urbana”.

A população de rua passa, principalmente a partir do fenômeno do crack, a ocupar uma nova posição no jogo de forças dos grandes centros urbanos: onde a especulação imobiliária agencia-se ao projeto de uma cidade livre dos anormais do desejo.

Percebe-se claramente que além das ações estatais de cunho autoritário, a sociedade também reforça um circuito de discriminação da PSR:

Pra falar verdade quando a gente bota o pé ali no reviver, é uma dificuldade pra fazer curativo porque aquele povo ali, eles tem raiva até

da hora que a gente chega ali, porque a maioria deles não gosta porque eles [comerciantes] são terríveis mesmo, aquele pessoal. Eu sinto assim, aquela meia barreira entre eles. (Narrativa Grupo Focal)

Nesse sentido, quando ocorre algum tipo de intervenção, acontece de forma a regular e corrigir o que se considera um desajuste individual e familiar dessas pessoas. A intervenção acontece sobre as pessoas e nunca nos processos sociais que contribuem diretamente na produção de tais realidades (Macerata, 2007).

O pobre andarilho nos lembra o vagabundo, o que vive às custas dos outros, o “indigno”, portanto, apenas no melhor dos casos “tolerado”, quando não, como no Brasil, odiado e visto com ressentimento. Se algum é morto pela polícia ou vítima de violência ninguém reclama e muitos até aplaudem. (SOUZA, 2016)

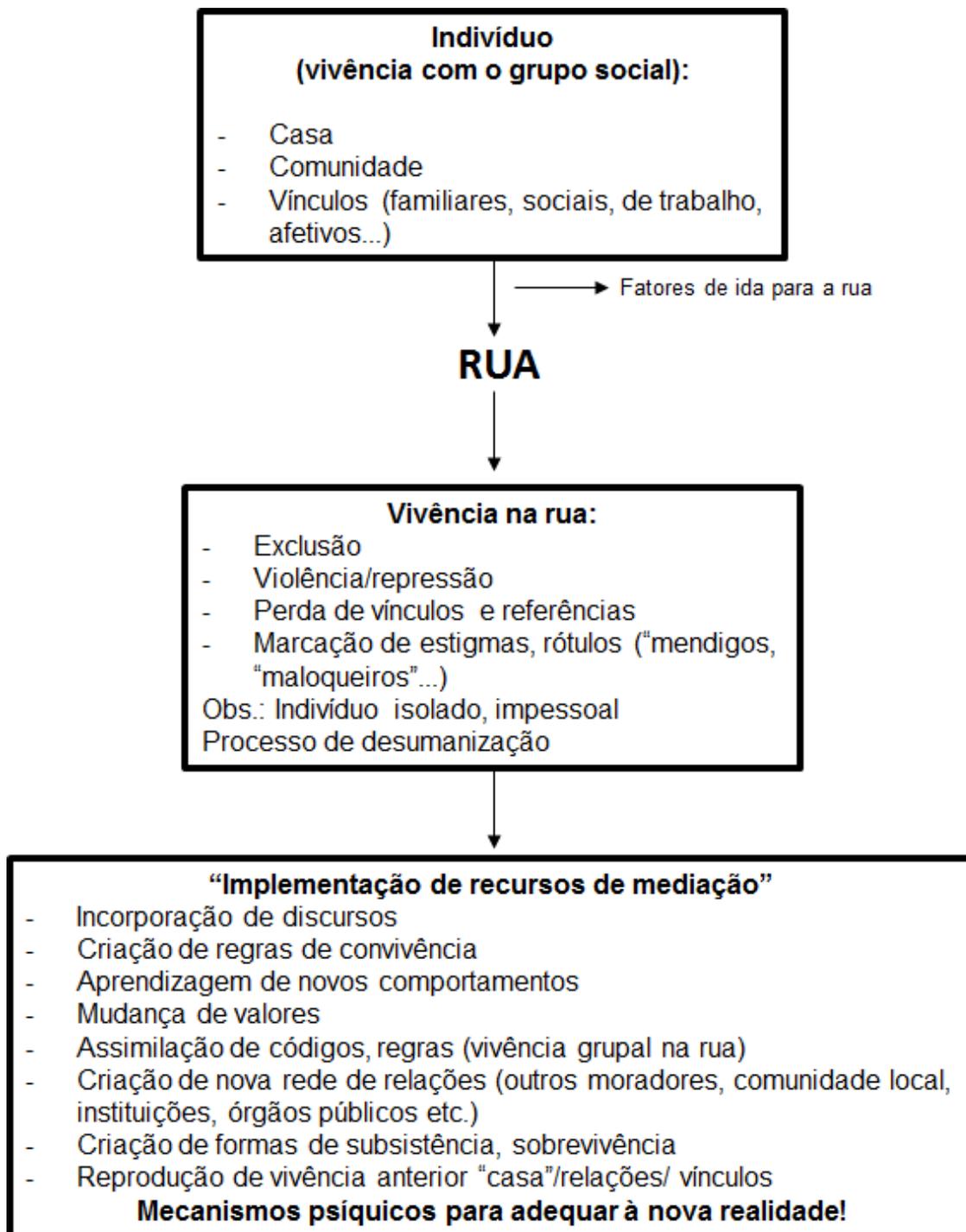
## **5.2 “A gente dorme daquele jeito né, um olho aberto e um fechado.”**

Como já dito, a população em situação de rua tem uma série de peculiaridades no modo de vida. O processo de exclusão marcado por rupturas familiares, sociais e institucionais torna necessário que as pessoas em situação de rua construam novas formas de se relacionar em contextos sociais, novos modos de vida em territórios marcados pela violência e segregação (BRASIL, 2012). As singularidades desses modos de vida que se constituem em territórios de exclusão e miséria, predominantemente nos centros urbanos, impõem desafios para os modos de cuidar. Mas primeiro é necessário conhecer e compreender as especificidades de se viver na rua.

Morar na rua não significa apenas não possuir um comprovante de residência; significa não ter um banheiro para tomar banho e para fazer as necessidades fisiológicas; não ter um fogão para preparar a comida; não ter uma geladeira para armazenar alimentos; significa não ter quase nada, senão alguns objetos que podem carregar em sacolas ou nos carrinhos que empurram. (SOUZA, 2016)

O Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua traz um quadro interessante mostrando como essa realidade faz com que o indivíduo busque mecanismos psíquicos de adaptação para possibilitar a vida diante da realidade da rua (BRASIL, 2012).

**Figura 1** – Fluxograma ‘Mecanismos Psíquicos de adaptação’



Fonte: Projeto Meio Fio – Organização Médicos sem Fronteiras, 2004

O segundo dia de atividade de campo aconteceu na Praça Deodoro, um dos símbolos mais icônicos de São Luís, que contém um comércio efervescente, sendo o grande polo comercial da cidade. É local de muitas pessoas, que nesse dia-a-dia de muitas idas e vindas, muitas vidas se definem a partir desse

território. Já era noite, 19h, mas o local ainda encontrava-se bastante movimentado. A Praça iluminada, com barraquinhas de lanche ainda abertas. Muitas pessoas concentradas nos pontos de ônibus, saindo de aulas, trabalhos, comércios. Combinei de encontrar a equipe em frente à Biblioteca Central e apesar de estar sozinha, o ambiente - movimentado e iluminado - não me causava medo. Encontrei rapidamente a equipe, que tinha acabado de chegar e estava pegando os insumos e organizando. Nesse segundo dia foi que me ative mais em conversar com os usuários, em compreender esse modo de vida. Nas conversas com algumas pessoas, perguntava sobre a vida na rua, há quanto tempo estavam, locais onde costumavam dormir e para alguns até o motivo de ida para a rua. Alguns usuários disseram dormir em pousada por causa da violência. Contaram histórias de outras pessoas em situação de rua que foram esfaqueadas há pouco tempo, que foram assassinadas de forma brutal.

Tal discurso nos leva à primeira grande questão, um dos principais pontos de vulnerabilidade da PSR: a violência. A violência relacionada à população em situação de rua pode ser analisada por diferentes eixos: a violência dentro de casa, que é muitas vezes o motivo da ida dessas pessoas para a rua; a violência sofrida por essa população tanto pelo Estado como dos próprios indivíduos; e a violência gerada pela PSR à sociedade como um todo. Todos esses aspectos foram questões trazidas pela ECR durante o Grupo Focal e observadas durante o trabalho de campo.

Durante abordagem na Praça Deodoro, foram três pessoas em especial que me chamaram atenção pelos seus discursos e histórias de vida. O primeiro deles, Guilherme<sup>22</sup>, é um usuário antigo, que se encontra em situação de rua há 10 anos e já possui vínculo com a equipe. Ele se aproximou logo que chegamos e permaneceu até o momento em que fomos embora. Era alto, magro, pele parda, andava com ajuda de um pedaço de pau que usava como bengala arrastando uma das pernas, ninguém da equipe sabia ao certo o porquê, tinha uma história de ter sido um AVC. Porém, lúcido e orientado. Sua afetuosidade destoava dos demais moradores de rua, transpassando uma certa ingenuidade que nos fez pensar sobre a possibilidade de algum tipo de problema de desenvolvimento, uma oligofrenia talvez. Chegou com um copo de mingau na

---

<sup>22</sup> Os nomes relatados na história são fictícios como forma de garantir o anonimato desses indivíduos.

mão, dizendo estar com sede e pedindo um pouco de água, mas parecia que aquele era só um motivo para estar junto com a equipe, de conversar, pois teve a sede saciada, mas permaneceu por lá.

A equipe conversou com Guilherme que não seria possível a retirada de seus documentos pois ele dizia não ter nenhum documento com ele e não conseguiram encontrar pelo sistema. Ele disse que tinha a documentação e já tinha levado ao Centro POP. Contou que a certidão de nascimento estava na sua casa, que fica aqui em São Luís, em um bairro distante, mas que ele não gostava de ir lá. A assistente social da equipe ficou conversando com ele sobre os motivos de não morar em casa, de não visitar, e Guilherme nos contou que o padrasto o agredia e que esse era o motivo de estar na rua. Ela me explicou que essa história deveria ser melhor investigada, pois se tratava de algo recente, e se fosse confirmado seria caso de denúncia.

A rua, historicamente, é berço de pessoas que não se encaixam nos padrões aceitos pela sociedade, de doentes mentais, viciados, prostitutas, mães solteiras, gays. A ruptura familiar, muitas vezes relacionada diretamente à violência, está entre os três principais motivos pelos quais as pessoas passam a morar na rua, além disso o problema com álcool e outras drogas e o desemprego – que são os motivos mais prevalentes – podem também estar relacionados indiretamente a violência em casa, seja ela física ou psicológica (BRASIL e UNESCO, 2008).

A equipe do CnRua traz ainda uma questão muito mais ampla que muitas vezes antecipa a violência física e até mesmo a psicológica: a falta de comunicação.

Até porque o que eu vejo muito, o que foi que fez eles pararem ali foi justamente essa questão de não ser escutado né, de ter uma família desestruturada, de ter algo em casa em família, que a maioria deles é isso, que desestruturou. (Narrativa Grupo Focal)

Em relação à violência urbana, frequentemente vemos notícias sobre moradores de rua que foram queimados, espancados, envenenados, assassinados (BRASIL, 2014). Essa violência sofrida, além de por si só ser um grande problema social, ainda exige que a PSR altere seu modo de vida de maneira a garantir sua sobrevivência. A caminhada se torna rotina desses

indivíduos. Ele precisa de local adequado e seguro para dormir, proteger-se das mudanças climáticas, além de muitas vezes se ver forçado a mudar de local por ações do Estado ou desavenças no território (MAYORA, 2016). Como uma rede de atenção que atua na lógica na territorialização, do território estático, vai conseguir se adequar a esse estilo de vida nômade?

Souza e Macerata (2015) citam um exemplo de um usuário que em função de violência sofrida precisa mudar para o outro lado da linha de trem e agora passa a pertencer a outra ESF, perdendo todo vínculo e relação de confiança já estabelecidos. Como a rede de atenção pode agir para minimizar isso, visto que essa é uma lógica presente na vida desse indivíduo?

Soma-se a esse problema a questão do uso de drogas, especialmente o crack, que acaba servindo como auxílio para esse ritual de caminhada.

O crack parece se moldar ao cotidiano da caminhada, em busca do lixo reciclável, de sobras, de lata, que ao mesmo tempo pode ser o ganha pão e o instrumento para o consumo. Segundo vários relatos, o sujeito que consome crack tem vontade de caminhar. Por vezes vira dias caminhando, sem dormir, até cair sem forças em qualquer lugar. (MOYARA, 2016, p. 149)

Outro ponto é a convivência grupal. Na vida na rua essa população ressignifica suas relações sociais e constrói novos grupos pela necessidade de sobrevivência. A questão é que os territórios geográficos são segmentados e muitas vezes se constituem grupos rivais e lideranças que disputam e defendem seus territórios (KUNS, HECKERT e CARVALHO, 2014) ou mesmo por pertencerem a territórios que são dominados por uma facção do tráfico de drogas sendo restrito a circulação em territórios que pertencem a outras facções. Mesmo que o morador de rua não seja traficante ele é identificado ao seu território e as disputas que nele se exercem. Tal fato tem impacto na garantia de saúde a essa população na medida em que os territórios passam a ser delimitados e restritos a determinadas pessoas.

Aí tem a questão das unidades também, as vezes ser longe. A questão das facções, porque o da Deodoro, ele não pode entrar aqui no bairro de Fátima, não pode entrar no Coroadinho, por conta das facções, não pode ir pro São Francisco.... tem essa questão também, que as vezes a gente encaminha, mas eles não vão, a questão do acolhimento, a questão da distância e também essa rivalidade entre as facções. (Narrativa Grupo Focal)

Outro problema relacionado à violência urbana é a vulnerabilidade e hostilidade noturna. Dormir durante a noite passa a apresentar um perigo a vida do indivíduo e se torna mais seguro dormir durante o dia (MAYORA, 2016).

A gente costuma ficar numa praça ali em baixo, mas assim, a gente dorme daquele jeito né, um olho aberto e um fechado. Não dá pra dormir tranquilo. O pessoal tá saindo daqui pro Parque Bom Menino, aqui tá tendo muito assalto. (Narrativa de um morador de rua - Diário de Campo)

O uso de substâncias psicoativas vem, mais uma vez, como uma forma de proteção desses indivíduos. Souza (2016) apresenta o relato de um usuário que narra como o crack o ajuda a ficar acordado durante a noite, deixando a pessoa alerta, atenta. Em contrapartida o mesmo usuário ainda diz que o álcool, especialmente a cachaça, pode ser considerado a droga mais perigosa, por causar inconsciência e oferecer risco à integridade física e patrimônio do indivíduo.

Kunz (2012) traz o fato de que o uso de algumas substâncias psicoativas também ajuda o indivíduo a dormir. O efeito da substância no organismo propicia um sono tranquilo, independente de barulho e outros problemas da rua que possam vir a atrapalhar. Logo, o uso de drogas tem relação com os contextos e necessidades de sobrevivência na rua: dormir de dia, acordar à noite, lidar com a falta de comida, ter apetite, lidar com a dor, prostituir-se, furtar, se proteger. As drogas compõem com o território existencial da rua numa dinâmica que varia constantemente.

[...] não tendo sido atendido no SUS em razão de sua sujeira – o crack ajuda a passar a dor: “Se tu tiver com algum machucado doendo, tu fuma, passa tudo na hora. Adormece tudo. Tipo analgésico”. Ajuda também a passar o frio, que também dói no morador de rua que dorme no chão duro. Além da dor e do frio, também “passa a fome e passa o sono”. (MAYORA, 2016, p. 150)

Essa troca do ciclo sono-vigília funciona em contradição à lógica dos serviços de saúde, que em sua maioria tem a marcação de consultas e exames feitos no período matutino.

O uso de substâncias psicoativas é um dos mais frequentes problemas de saúde da população em situação de rua, porém entendendo que as drogas atuam como causa e consequência da vida na rua é preciso que o CnRua estabeleça estratégias efetivas de intervenção em relação a esse uso. A ECR precisa se fazer questionamentos que não são comuns de serem feitos para a população em geral: todo uso de substância está ligado à dependência química? Todo uso é abusivo? Até que ponto o usuário deseja cessar o uso?

“Sabe por que a pessoa usa crack na rua? Porque não tem pra onde ir, a gente fica naquela solidão”, explicou José. (MAYORA, 2016, p. 150)

Souza (2016) traz essas questões quando fala de usuários que controlam o uso. Cita relatos de indivíduos que sabem que precisam estar bem no dia seguinte para trabalhar, ou que tem necessidade de fazer o uso, mas é ciente que precisa se alimentar e não pode trocar comida por drogas e de usuários que fazem uso somente aos finais de semana.

É importante destacar que o uso de drogas pode se tornar um grave problema de saúde, porém o acesso à saúde não pode ser atrelado somente a isso. O indivíduo tem outras demandas que precisam ser atendidas independente ao problema do uso de drogas.

Não é tão comum esse pedido pra deixar de usar droga, eles querem uma questão pontual, dor de dente, é aquilo ali só... eu lembro de poucos casos que a gente teve [pedido para se tratar do uso de drogas]. (Narrativa Grupo Focal)

Além disso, muitas vezes os usuários encontram-se sob efeito de substâncias, o que desencadeia um imediatismo para o atendimento e resolutividade dos problemas.

Eles criam confusão na unidade (...) Tudo deles é muito imediato.. (Narrativa Grupo Focal)

Como último ponto relacionado à violência, tem a questão da violência reproduzida pela PSR. Além da violência de gênero entre as próprias pessoas

em situação de rua, brigas também são frequentes entre eles, principalmente quando se quebra um código ou regra da rua.

Leandro José me contou uma história de um assalto que ocorreu com uma das equipes que levam sopa. Duas mulheres estavam indo pela primeira vez ao local e pediram que alguém pegasse algo dentro do carro delas. Logo após, tal pessoa, um homem, saiu e imediatamente eles notaram que o celular não se encontrava mais no carro. Os usuários que encontravam-se no local logo identificaram que esse homem havia roubado o celular. Leandro José me disse:

- Está batido o martelo pra ele.

Eu não entendi completamente a expressão e apenas o fiquei olhando, com cara de espanto, como que esperando que ele continuasse a história.

- Você sabe o que é batido o martelo? Ele me perguntou.

- Nunca ouvi a expressão, mas acho que entendi. Que vocês sabem quem foi e não gostaram dessa atitude?

- Acabou pra ele. Quando tá batido o martelo, acabou. Vai morrer. E pode mudar de lugar, mudar de cidade, de estado, mas se a gente achar, já era. Teve até uma outra situação que aconteceu dessa aí. Foi pela madrugada, só chamaram a pessoa pra ela ver que estava morrendo, quando abriu o olho, já era.

(Fez com gestos mostrando tiros)

- Entendi, pois então tem que tomar cuidado né?

- Eu não. Eu sou o chefe aqui. Eu que comando. Nessa mochila aqui tem seis facas, tenho que tomar cuidado com a polícia.

(Relato de Diário de Campo)

Gustavo, em meio a conversas, também nos contou que já havia roubado um celular há muito tempo. A assistente social se espantou. Perguntou como ele tinha feito, já que usava a bengala. Ele disse que saiu correndo e que nunca mais tinha feito isso, mas que sabia que não era preso porque tinha “problema de cabeça”. A assistente conversou com ele que não era dessa forma, que pessoas com deficiência também poderiam ficar reclusas, que até poderia ser no hospital Nina Rodrigues, hospital local em que doentes mentais cumprem mandado de segurança.

Outra questão a ser levada em consideração é a forma de subsistência de pessoas que se encontram em situação de rua. Grande parte desses indivíduos possuem alguma atividade remunerada, mas em sua maioria composta por trabalhos informais (BRASIL, 2012).

Enemilson estava com roupas pouco desgastadas, um pouco sujas, aparentemente de poeira de cimento e outros materiais, carregava uma mochila. Me contou que trabalhava em uma construção, que estava sempre fazendo esses bicos, de carregar coisas, servente de pedreiro e o que mais aparecesse. (Relato Diário de Campo)

Além disso, Jessé (2016) traz o fato de que moradores de rua que são usuários de crack não podem mais sequer submeter-se à exploração nos trabalhos desqualificados tradicionalmente exercidos pela “ralé”, por motivos que passam pela dificuldade em manter uma rotina de trabalho e descanso, pela impossibilidade de manter a higiene pessoal, por não ter nenhum documento e por estarem marcados por antecedentes criminais.

A extrema vulnerabilidade da população em situação de rua fica evidente quando se observa que esses indivíduos não têm garantia de qualidade em necessidades básicas de vida como comer, dormir e realizar necessidades fisiológicas. Dados da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (2008) indicam que quase 20% dos moradores de rua não conseguem se alimentar todos os dias. Chamou atenção que a ECR nos contou que para início das atividades em São Luís, o contato inicial foi um restaurante que distribuía comida a essa população e durante atividade de campo foi possível perceber mais de um grupo distribuindo comida durante a noite. Conversei com um José Leandro para saber sobre a frequência dessas ações.

- Me conta, onde você come, você come todos os dias?
- Sim, aqui tem vários restaurantes que dão comida pra gente, aí tem o horário certo que a gente pode ir lá e pedir.
- Hum.. entendi. Então isso funciona de dia e de noite? Todos os dias você se alimenta pelo menos essas duas vezes?
- É sim. Todos os dias. E tem o pessoal também que vem aqui a noite distribuir comida. Todo dia vem alguém dar sopa. Ah, final de semana que não tem. Aí a gente compra comida e faz.
- E divide entre todo mundo?
- Entre todos não. Só quem participou que come.

(Diário de Campo)

Uma outra questão trazida, são os problemas de saúde mental que dificultam para a equipe a formulação de diagnósticos e o entendimento de alguns casos. A lucidez nem sempre está presente nos discursos, e as histórias

se perdem. Durante o trabalho de campo, tivemos um contato interessante com um usuário, alto, magro, mas não com aparência consumida, já um pouco mais velho. Vestia-se com uma camisa do Sampaio - time local com maior torcida- e calça, as roupas estavam limpas. Ele também ficou quase todo o tempo próximo à equipe, saindo algumas vezes e voltando. O seu desejo era conversar, contar caso. Ele disse ser repórter, ora mudava o discurso, mas mantendo-se no mesmo ramo, dizendo ser cinegrafista e contava causos sobre isso. Falava de fama. Dizia ter se formado na faculdade do mundo. Era como se sonhasse alto, mostrava-se bem lúcido e isso era o mais interessante. Ficávamos nos questionando até que ponto o discurso era sonho ou era realidade.

A equipe do Consultório na Rua traz a mesma questão da dificuldade de diagnóstico no caso de Maria Fernanda, uma vez que a realidade se apresenta tão difícil e tão distante da nossa realidade.

A gente nem sabe direito essa história. Se ela caiu daquelas pedras, outros falam que foi tentativa de estupro. A gente não sabe bem o que aconteceu. (...) De acordo com o relatório também, na fala dela, ela queria era voltar mesmo pra um tio dela, pra casa de um tio dela. Só que a equipe, com os dados que ela já deu desse tio, a equipe já tentou, mas nós não conseguimos encontrá-lo. Não acha. (...) E assim, é bem provável que seja delírio, porque outras vezes que a gente estava com ela, na avaliação, a gente foi dois dias seguidos conversar com ela, e uma das vezes ela falou que uma irmã dela tinha acabado de sair de lá, que tinha ido visitar, “não, ela saiu agorinha”, e ninguém tinha ido visitar ela. Ela tem transtorno de alucinação. Comentou de parentes artistas famosos, que é casado com não sei quem, que o pai dela é não sei o que, que a mãe dela é uma chacrete e tal... Assim, acho que a gente tem que filtrar as coisas que ela diz. (Narrativa Grupo Focal)

Em reunião de equipe esse caso foi discutido por Maria Fernanda ser uma usuária muito resistente e reativa a qualquer aproximação da equipe. Depois de várias tentativas a enfermeira da equipe disse conhecê-la de muito tempo, pois ela tinha um filho que vivia com ela na rua. Soube-se que depois de terem criado vínculo com ela, a assistência social do município retirou seu filho à força e sem seu consentimento. Como exigir dessa usuária que fale a verdade, que não minta ou que não “delire”? Até que ponto seu sintoma também não é uma estratégia para lidar com as dores da vida?

Em abordagem no segundo dia de trabalho de campo, veio até nós Enemilson, também alto, de pele parda, jovem, tipo forte. Veio com uma queixa de descamação e rachaduras nos pés. Já tinha sido atendido pela equipe pelo

mesmo motivo e disse que havia melhorado, mas agora estava voltando. Tinha feridas entre os dedos do pé também, como micoses. A equipe prescreveu medicamentos e solicitou que o paciente pegasse no Centro de Saúde Paulo Ramos, que fica localizado no centro, próximo à região. Após esse momento, conversei um pouco com Enemilson. Ele contou que está em situação de rua há 20 anos, que desde a infância a mãe trabalhava pelo centro e ele já passava boa parte do dia na rua. A família mora em São Luís, na Camboa, bairro próximo ao centro, ele disse que tem contato esporádico.

- Você tem vontade de voltar pra casa?

- Tenho não. Até já tentei uma vez, mas não consigo, não dá certo, já me acostumei com a rua.

(Narrativa de um morador de rua – Diário de Campo)

Podemos partir do pressuposto de que ninguém está na rua simplesmente porque deseja. As causas que levam algumas pessoas a ‘morarem’ na rua são multifatoriais. Entretanto, não se pode desconsiderar os desejos que se associam a esse território uma vez que se passa a habitá-lo.

Só que ela também falando todas as vezes pra nós que ela não quer ir pra instituição de acolhimento (...) Que ela já passou por uma instituição, que ela não vai conseguir ficar presa e que por isso lá ela brigava. (...) Então ela tem esse discurso bem forte, essa resistência de que ela não quer ir pra instituição (Narrativa Grupo Focal)

Torna-se uma preocupação frequente questionar o porquê de o indivíduo encontrar-se em situação de rua e como fazê-lo deixar essa condição. Muitas ações acabam se concentrando em como retirar essas pessoas da rua, desconsiderando os desejos que se consolidaram ao longo dos anos que constituem modos de vida em que a rua se torna central.

Sob o discurso de retirar da rua, ou sobre a intenção sincera de garantir uma moradia, ações acabam sendo movidas com intuito de conter a circulação desses indivíduos pela cidade ou interferindo e controlando seus modos de vida. É necessário que se reconheça como legítimo o modo de existência na rua e busque intervir no modo de relação da cidade com esses indivíduos e com os territórios existenciais que os produzem, ofertando a moradia como possibilidade e nunca como obrigação. (SOUZA; MACERATA, 2015)

### 5.3 “Ela não é paciente daqui. Vocês tem que resolver!”

Em abordagem no Mercado Central, logo no começo um usuário, alto, branco e forte se aproximou da equipe, visivelmente alcoolizado. Vestia uma camisa polo e uma bermuda, novos e limpos. Já o conheciam, tratavam pelo nome, Ribamar. Ele ficou praticamente todo o tempo com a gente, pediu que aferisse pressão, conversou, saía e voltava várias vezes. Conseguia conversar, mas estava alterado, as vezes falava muito alto, outras saía correndo. Por vezes chegava muito próximo, o que me deixava com certo receio. Nesses momentos tentava me afastar e olhar onde estavam os membros da equipe, principalmente os homens. Estávamos sempre próximos uns dos outros, ao lado do carro, onde permaneceu a equipe. Ele disse que era usuário de droga injetável no período em que morava em Brasília – “aqui não tem isso não, mas lá era direto!”. Disse também que já cometeu crimes, num tom ameaçador.

Os testes rápidos são oferecidos aos usuários, explicado para que servem e como são realizados. A assistente social perguntou a Ribamar se ele já tinha feito teste rápido para HIV e Sífilis alguma vez. Ele respondeu confirmando. Ela perguntou então sobre prática sexual e uso de camisinha ao que ele respondeu que depois já tinha feito sexo sem camisinha e que não usava em todas as relações. A equipe se preparou para realização do teste, porém Ribamar apesar de ter dito que queria fazer o teste disse que se desse positivo ele se mataria naquele momento. Embora essa fala parece ser para causar um ameaça na equipe, pois ele falava ao mesmo tempo rindo e tenso, a equipe achou que não seria prudente fazer o teste rápido naquele momento em que o usuário estava sob efeito de álcool e bastante inquieto. Foi conversado com ele e acordado que o teste seria realizado em outra ocasião, ele ainda insistiu para fazê-lo, porém a equipe conseguiu convencê-lo de que seria melhor em outro momento. Ele pegou um kit com camisinhas e escova de dentes e saiu, indo ao encontro do grupo maior de pessoas.

As situações concretas vividas pela ECR exigem um manejo e reposicionamento permanente e ágil de modo não protocolar e rígido. A dinâmica da rua demanda um modo de cuidar atento aos movimentos do usuário que na

maioria das vezes encontra grande resistência dos demais equipamentos e profissionais da rede de saúde.

Uma das questões mais recorrentes tanto nos relatos da equipe, quanto dos usuários, foi a dificuldade que a PSR tem em acessar os serviços de saúde. As barreiras de acesso são de diversas ordens - subjetiva, social e geográfica - e expressam a incompatibilidade entre as ofertas da rede de saúde e as demandas dos territórios: uma tensão entre rede e território, entre oferta e demanda.

Durante abordagem no Mercado Central um usuário chegou dizendo que tinha caído e desde então ficou com uma dor e inchaço nas pernas. A médica atendeu, conversou sobre o ocorrido e examinou o local. Em seguida foi conversado sobre a possibilidade de atendimento em UPA, explicado os motivos do “encaminhamento”, porém ele queixou-se de os atendimentos serem muito ruins, pois fica sendo encaminhado de um local ao outro sem resolutividade do problema. (Relato Diário de Campo)

As redes assistenciais produzem normas próprias, pautadas em torno de diagnósticos clínicos, que tendem a desconsiderar os valores e regras dos territórios existenciais, porque operam articulações funcionais entre equipamentos (RIGHI, 2010). O território comparece somente como pano de fundo, um cenário distante e de produção de demanda e a rede um lugar de oferta técnica de cuidado. A construção de redes territoriais de produção de saúde busca superar a percepção de que o território é apenas um lugar produtor de demandas que requerem ofertas técnicas, e busca afirmar que o território é um espaço vivo que requer diálogos e coproduções de ordem política, subjetiva e social.

Sem valorizar o espaço vivido há o risco de segregar, separar equipamentos por área de especialidade e de projetar esses equipamentos sobre territórios. Nessa perspectiva teórica, a trama da rede de atenção tecida sobre um território também pode escondê-lo. Pensar o SUS apenas como uma rede hierarquizada impede que se veja o território sob a rede e induz a visualização e produção de redes homogêneas em níveis hierárquicos. (RIGHI, 2010, p. 64)

Sabe-se que as dimensões subjetivas, história e modos de vida dos indivíduos da sociedade em geral são pouco ou quase nada incluídos nos processos de trabalho em saúde (CUNHA, 2004, 2010). As ofertas de saúde tendem a uma padronização que nem sempre se adequam às demandas,

supondo um modo de vida considerado normal porque incluído nos códigos e regras vigentes da sociedade. A partir do momento que se tem um grupo populacional com modos de vida que não se adequam ao socialmente aceito, evidencia-se a necessidade de formulação de modelos de atenção capazes de incluir as singularidades e as diferenças. A PSR é tida como 'diferente', 'desviante' e/ou 'anormal', sendo excluída por não se adequar aos padrões de cuidados instituídos.

Dessa forma, a assimilação do conceito de rede representaria uma inovação importante para a organização da atenção no campo da saúde: responsabilidades diferentes, diferentes tipos de poder, diferentes funções sem hierarquizar complexidades ou importância no processo de produção do cuidado em processos mais flexíveis. É, portanto, diferente da organização em pirâmide, com sua base e sua cúpula. Não há hierarquia de importância estável ou permanente entre os que compõem a rede. Ou seja, na rede, a complexidade não tem endereço fixo. (RIGHI, 2010, p. 65)

A tendência de organização da atenção a partir da lógica especialista imprime uma força sobre os modos de organização em rede que geram modelos identitários (homogêneos) e centralizados. Neste paradigma, as conexões entre os pontos da rede agenciam questões semelhantes e fluxos de mesma intensidade (RIGHI, 2010). Cria-se um movimento contraditório de construção de redes que produzem centros, numa dinâmica organizacional hierarquizada que imprime escala de valores. Quanto mais próximo do território, mais desvalorizado e, quanto mais próximo do centro especialista, mais valorizado é o trabalho e o reconhecimento simbólico. Aquilo que se aproxima do território tende a ser tributário dos valores que a sociedade deposita sobre as periferias, sobre a pobreza e sobre a marginalidade. Os signos de falta, carência, desorganização e desconhecimento passam a invadir os espaços de cuidado, cabendo questionar se são somente estes signos que compõem os territórios referidos aos estabelecimentos de saúde.

Constrói-se, a partir das redes superespecializadas, barreiras que excluem os movimentos do território (a cultura, os hábitos, os modos de vida), para que um saber neutro, científico e protocolar se exerça sobre o outro, livre das impurezas e vieses do território e do contexto sócio-cultural.

Uma situação que aconteceu aqui, uma reunião que a gente teve aqui nessa unidade, com os profissionais dessa unidade mais NASF que atende essa área, e aí foi colocado sobre as particularidades desse

usuário, dessa população em situação de rua, que a gente gostaria que eles [a PSR] tivessem uma certa prioridade no atendimento, que eles [a PSR] não fossem [precisassem] esperar tanto que é uma própria características da situação deles, e aí a gente percebeu que os próprios profissionais aqui “não, acho que não, eles tem que esperar igual todo mundo”. A gente trazendo pra eles que deveria ser assim e uma profissional daqui achando que não. “Ele tem que esperar, se os outros vão esperar porque ele não pode esperar também”. (Narrativa Grupo Focal)

O princípio da universalidade (todos têm direito) precisa vir acompanhado do princípio de equidade (adequar a regra geral a situação singular conforme vulnerabilidade e necessidade).

Cecílio et al. (2012) avançam na problematização da construção de redes e as relações concretas entre a dimensão especialista do cuidado e a generalista e o papel estratégico da atenção básica. Destacam-se, nesta análise, dimensões concretas que definem o acesso e regulam os modos de utilização dos serviços, dentre as quais, a do próprio saber dos usuários.

São os usuários, portanto, a partir das suas distintas experiências de encontro ou desencontro com os serviços de saúde, que vão construindo novos agenciamentos para conseguir o acesso à rede de serviços, fazendo usos variados da ABS [Atenção Básica de Saúde] em função de suas singulares necessidades e as ofertas reais feitas por ela. Cabe-nos escutar esse saber assessor que vai sendo produzido de forma irreprimível pelos usuários, e utilizá-lo para o permanente e necessário aperfeiçoamento das redes de cuidado de saúde. (Cecílio et al., 2012, p. 2901)

Criar abertura para que os modos existenciais dos usuários possam comparecer como matéria para o exercício da clínica e da gestão requer outra concepção de rede. A construção de redes territoriais implica a identificação de pontos da rede que assumam, ao mesmo tempo, a responsabilidade conjunta pelo acompanhamento do caso, equivocando a lógica linear de encaminhamentos. Do território, criam-se diversas articulações com diferentes equipes, diferentes equipamentos, corresponsabilizando-as com aquilo que comparece como ameaça e perigo.

A gente tem [reuniões], com o programa de DST/AIDS a gente teve agora, quarta-feira a gente teve uma reunião lá numa referência de HIV do município. Pra articular a proximidade, o fluxo, como é que a gente pode mandar melhor, como que a gente vai pegar essa medicação. A gente tá vendo aqui [...] a gente deve fazer um treinamento mesmo pra fazer acompanhamento do soropositivo. (Narrativa Grupo Focal)

Uma articulação que parte destes territórios possibilita o envolvimento de diferentes atores da rede com os vetores que interferem no processo saúde-doença que, normalmente, ficam fora das produções especializadas e dos *settings* clínicos que se fecham nos limites físicos dos estabelecimentos de saúde. Muitas pessoas em situação de rua não reconhecem os serviços públicos como espaços que eles tenham direito de acessar. Logo, a ampliação do acesso através da busca ativa dos usuários no seu espaço de vida exige ações de articulação que deem suporte para a ação na rua.

Nós nos reunimos no Comitê [Comitê de População de RUA] pra discutir os problemas, buscar as soluções, a gente tá sempre se reunindo pra discutir as necessidades e fica articulando. [Participam] SEMCAS, habitação, segurança alimentar [...], o líder do movimento [Movimento Nacional da População de Rua de São Luís]. (Narrativa Grupo Focal)

O território, principalmente os territórios existenciais da rua, ganham o sentido de perigoso, ameaçador e violento. E a rede, com suas normas, se constitui, para estes territórios, também, como autoritárias, impositivas e produtoras de outra ordem de violência: a violência institucional.

Criar linhas de cooperação em meio aos signos da violência parece ser uma das tarefas do CnRua; atores que sofrem as violências institucionais que se aplicam àqueles que se aproximaram demais destes territórios, sejam pelos aparelhos de Estado, por grupos de extermínio, traficantes ou pelas próprias comunidades (LANCETTI, 2006).

O território da rua impõe o desafio de uma clínica que opera no espaço aberto, em meio a diversos atravessamentos e normalmente voltado para mais de uma pessoa ao mesmo tempo. Pessoas que vão e vêm, conversas entrecortadas, várias falas ao mesmo tempo. (SOUZA; MACERATA, 2015)

As vezes você tem que ter a habilidade de ouvir três ao mesmo tempo, né doutora. (Narrativa Grupo Focal)

A equipe de Consultório na Rua tenta atuar nessa lógica, se adaptando aos modos de vida, entendendo a rua como território de vida e tentando compreender como isso pode influenciar na saúde dessa população e como barreira de acesso aos direitos.

Tem que adaptar né, não dá pra seguir a cartilha bonitinho, não dá pra fazer o exame físico como tem que ser feito, não dá pra fazer tudo bem certinho. Tem que ser uma coisa mais ágil, mais rápida. (Narrativa Grupo Focal)

Essa fala do grupo focal evidencia como a clínica da rua impõe uma série de desafios aos processos de trabalho que exigem a qualificação e habilidade desses profissionais para atuar em condições completamente diferentes das práticas instituídas nos ambientes fechados e protegidos das instituições de saúde: hospitais, ambulatórios, UBS; e lidar com situações que não se apresentam nesse território institucional.

Acaba que quando a gente tá fora do CnRua o trabalho se torna bem facinho, os outros que a gente desenvolve se torna bem mais fácil, parece mais leve, mais fácil. Realmente é mais leve, mais fácil né, mas depois que a gente, como ele falou, ter três pessoas ao mesmo tempo escutando e tal, quando a gente tá no dia a dia do consultório que é uma única pessoa e tal, a coisa parece que é muito mais fácil que a gente imaginava antes que era, sabe. (Narrativa Grupo Focal)

O cuidado à população em situação de rua deve ser movido mais por princípios e diretrizes do que pelo alcance de metas quantitativas e lugares preestabelecidos a se chegar. É preciso reconhecer a importância das metas, porém sem que o cuidado seja organizado por lugares predefinidos.

(...) que a gente vai ter essa coisa, devagar, pouco, que as vezes vai regredir, vai voltar. Como se fosse o autismo é... um autismo mais severo. Que você vai um pouquinho, aí volta de novo, aí dá dois passos, volta de novo. Talvez até seja errada essa comparação, mas foi a ideia que eu tive de suportar aquela angústia que eu tinha as vezes de ter uma queda com o paciente lá na rua. (Narrativa Grupo Focal)

O Material 'Diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado POP rua' traz como diretriz o cuidar do profissional através do cuidado com o trabalho. É necessário que se trabalhe a formação do trabalhador e seja feito o acolhimento de suas dificuldades e sentimentos. "O sofrimento do trabalhador deve ser inserido no campo problemático próprio deste serviço, que trabalha em meio a muitos tipos de violência produzida na dinâmica social da cidade." (PASSOS, 2014)

Pra mim, o meu trabalho é mais dificultoso. Porque eu fico na parte de curativo, retirada de pontos. Pela localização, o ambiente, o local, pessoas que ficam com nojo. [...] Pra mim, pelo que eu faço, não surge efeito, sabe porque? Eu realizo um curativo num consultório de rua, hoje eu realizo, amanhã não posso realizar porque a gente não encontra mais ele. E curativo a gente sabe que pra ele ser tratado, ele precisa ser feito todo dia [...] é o mesmo que não tivesse feito aquele primeiro que eu fiz. (Narrativa Grupo Focal)

O acolhimento, o acesso e o vínculo, precisam fazer parte dos modos de cuidar da ECR enquanto prática política e terapêutica na perspectiva de enxergar o sujeito de direito com vistas a garantir os princípios de universalidade, integralidade e equidade no acesso à saúde. (PASSOS, 2014)

Em ‘Diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado POP rua’ é pontuado que o “cuidado para o POP RUA não se restringe à ação de um agente cuidador: ele é uma relação de cuidado, uma articulação entre sujeitos e territórios.”

O território para o POP RUA é um espaço relacional, isto é, espaço produzido pelas relações que nele se estabelecem: as amizades, as parcerias, as inimizades, as relações de violência, exclusão, as relações de ajuda e cooperação. (...) o território não tem uma imagem estática, pois é feito de muitas imagens em movimento, em várias dimensões. (PASSOS, 2014)

Três conceitos importantíssimos são trazidos por esse material e são possíveis de notar tanto nos discursos dos profissionais como durante atividade de campo: a escuta ampliada, a construção de vínculo e o respeito à autonomia dos indivíduos.

- Boa noite, como posso te ajudar? Está precisando de alguma coisa?
- De amor!

(Relato Diário de Campo)

O Consultório na Rua exige que seus profissionais trabalhem a escuta ampliada. “Ampliar a escuta é desfazer os clichês da saúde, que são as respostas imediatas aos sintomas” (PASSOS, 2014). A partir da ampliação da escuta, é possível que se construam as demandas, incluindo o desejo do usuário

no tratamento, sendo necessário para isso uma escuta da integralidade do problema de saúde (PASSOS, 2014).

(...) mas a escuta que a gente consegue ter com eles, ela é fundamental e ela é muito importante. Porque, as vezes, eles não querem nada, mas eles querem que tu escute aquela situação. (Narrativa Grupo Focal)

Para se entender o indivíduo na integralidade é necessário compreender que as necessidades vão muito além de questões biomédicas, de problemas de ordem física, de diagnósticos.

E tem aqueles que tem até aquela questão do toque mesmo né, aquela questão de querer abraçar a gente. (Narrativa Grupo Focal)

O vínculo é a relação de confiança entre os profissionais da equipe, agentes do cuidado e o indivíduo (BRASIL, 2010). A maneira de lidar com essas questões atua diretamente na produção de vínculo. Ele precisa ser construído, trabalhado desde o primeiro contato, atento a todos os passos dessa relação.

O encontro de olhares, a sinceridade no olhar. O gesto, a mão que se estende. Nenhuma palavra. Jogo de corpo, desvios e encontros. (...) O vínculo se estabelece por outras vias de acesso à experiência, que não tem a palavra como canal privilegiado. Em muitos casos, o gesto da mão que se estende para entregar uma camisinha ou um protetor labial ou mesmo a feitura de um curativo são os principais meios pelos quais se estabelecem vínculos. Os usuários da rua estão atentos a mapear cada movimento. Eles fazem leituras dos movimentos, das intensidades, mais do que das palavras. (SOUZA; MACERATA, 2015, p. 17)

O vínculo é fator determinante na produção de continuidade do cuidado, na aceitação da doença pelo indivíduo e sua adesão ao tratamento. A ECR relata um caso que pontua bem essa questão:

E essa questão mesmo assim da gente chamar, da gente saber o nome deles assim... essa semana a gente teve um caso de um paciente que ele tá com Tb, já abandonou várias vezes ne... e aí foi repassado o caso pra gente, ele tá sendo transferido pra gente, o caso dele. E aí nós já tínhamos procurado ele muito, porque a primeira informação era que ele estaria pelo João Paulo e essa semana nós descobrimos que ele fica na Deodoro e aí quando a gente chegou na Deodoro ficou perguntando “ei conhece fulano” “conhece fulano”, até que eu cheguei e perguntei pra ele, porque nós não tínhamos foto dele, não tínhamos

nada. E eu perguntei “tu conhece fulano”, ele disse “sou eu”, “mas o que foi?”, aí já foi assustar, porque como a gente usa a fardinha, o colete, então as vezes até assusta um pouco. Mas aí, e aí eu fui explicar, conversar tudo com ele, questão do abandono, do tratamento dele, que ele já abandonou várias vezes, mas que ele não pode mais tá abandonando, é importante ele chegar até o fim do tratamento e tudo, e aí o que foi que ele me disse no final “agora eu vou fazer, porque vocês vão me acompanhar, vocês vão aqui cuidar de mim, então eu vou fazer”. (Narrativa Grupo Focal)

Dessa relação com o indivíduo é promovida a autonomia, trabalhando estratégias de autocuidado juntamente com o usuário (PASSOS, 2014). É importante que os projetos terapêuticos sejam criados em conjunto com o indivíduo, considerando suas singularidades e respeitando sua autonomia, no sentido mais gramatical, como a capacidade de governar-se pelos próprios meios.

Porque não adianta também a gente insistir, invadir né.. tem hora que a gente precisa respeitar né, o tempo deles também. (Narrativa Grupo Focal)

As demandas trazidas pela população em situação de rua têm origem em situações complexas sendo necessário que a equipe busque intervenções articuladas entre os gestores, profissionais de saúde e com diversos outros setores como forma de conseguir realizar atenção integral à saúde dessas pessoas (BRASIL, 2012).

[...] “Gente, eu tô com uma paciente ‘assim assim’, vocês podem me ajudar, vocês conhecem alguma coisa que pode ajudar esse paciente?”. Vez em quando as assistentes sociais lá que são muitas né, aí eu digo “gente, vocês podem me ajudar”, aí elas, “ó, tem fulano de tal e tal que faz.”

São vários os determinantes sociais do adoecimento que atuam sobre a PSR: relacionados ao ambiente, à própria pobreza extrema e de questões sociais, a equipe do Consultório na Rua precisa buscar parcerias para contribuir de forma mais efetiva para o desempenho clínico-assistencial e oferecer melhores respostas a essas pessoas. Essa articulação é de suma importância na efetivação da coordenação do cuidado e fortalecimento do vínculo dos moradores de rua não só com o CnRua, mas com equipes da UBS, de modo que

estas também sejam referências e se responsabilizem pelo usuário. (BRASIL, 2012)

Olha, desde o início quando começou o CnRua foi chamado pessoas de todas essas unidades pra fazer o treinamento junto com a gente, o que acontece é que assim, muda governo, muda prefeitura, muda não sei o que, aí muda todo mundo, toda hora muda todo mundo. E aí, foram pessoas de cada unidade pra saber o que é e serem multiplicadoras. [...] Esses que eram pra ser multiplicadores, não multiplicaram. Mas eles foram treinados juntos com a gente, o mesmo treinamento do CnRua eles participaram. (Narrativa Grupo Focal)

Apesar dos investimentos de articulação, a rotatividade dos gerentes de unidades e profissionais gera uma descontinuidade, evidenciando que são articulações que não se consolidaram enquanto ‘cultura institucional’.

Por exemplo, já aconteceu de as nossas usuárias parirem por aí e a gente ficar sabendo depois, então assim não acontece “ah, vamos ligar pra coordenadora do consultório na rua, tem uma paciente deles aqui”. (Narrativa Grupo Focal)

Percebe-se que a equipe precisa fazer um trabalho duplo: garantir a assistência da PSR nos seus territórios e articular a rede de atenção. Embora essa dupla atribuição (atenção e gestão) seja esperado de qualquer equipe, nesse caso, a articulação da rede tem sido uma atribuição exclusiva da equipe que não conta com nenhum apoio da gestão municipal. A ausência da gestão municipal na articulação e gestão do cuidado da PSR gera uma sobrecarga da ECR pois a mesma não tem governabilidade sobre os demais serviços e profissionais da rede. A implementação de uma política municipal de saúde para PSR não pode ser reduzida a implementação de um único equipamento sem que o mesmo não seja acompanhado de um planejamento e suporte da gestão municipal.

Mais uma vez nós estamos quebrando protocolo. Nós estamos indo nas unidades, com o encaminhamento, já tentando fazer esses agendamentos pra entregar pra eles o dia certo deles irem a consulta. Porque assim, eles vão, não recebe a senha e aí acaba que o nosso serviço fica desacreditado. Porque se eu digo assim “Vai lá no Paulo Ramos tal dia que tem ginecologista”, ela vai lá e não consegue marcar, que dizer “ah, a moça lá do CnRua me enganou”. (Narrativa Grupo Focal)

A falta de apoio da gestão para articular e pactuar um fluxo de cuidado da PSR com demais serviços da rede, comparece também nos aspectos estruturais da própria equipe como falta de medicamento suficiente e veículo apropriado. Durante os dois anos de CnRua a prefeitura destinou uma ambulância antiga adaptada que frequentemente ia para o mecânico impedindo a rotina de trabalho.

É uma questão que eu vejo muito é a falta de recurso, às vezes, a nossa equipe é esforçada pra dar conta do trabalho, fazer com que o usuário tenha acesso a isso, aquilo, mas falta recurso, é carro, é medicamento, mesmo o tempo que nós não temos pra todo nosso território, abranger as necessidades. Aí eu vejo a falta de recurso também. Tudo novo, vejo um trabalho gratificante, vejo que é uma oportunidade desses moradores de rua, essas pessoas que estão em situação de rua, ter acesso a saúde, a uma documentação, vejo um esforço muito grande por parte da equipe, mas nossos recursos são limitados. (Narrativa Grupo Focal)

[...] A gente usa o nosso [carro] as vezes, porque a gente fica com pena né. Eu fico, pelo menos. De alguém que eu sei que vai perder alguma consulta, alguma coisa. Medicação... os pacientes que fazem tratamento pra Tuberculose, a gente deixar quebrar por causa do carro, aí acaba que a gente vai no nosso carro pra... Mas aí agora foi resolvido. (Narrativa Grupo Focal)

Além das barreiras pelos limites estruturais do CnRua, ela se amplia através das barreiras impostas por outros equipamentos da rede de saúde, que tendem a olhar a PSR como mais uma especialidade que compete ao Consultório na Rua resolver. O CnRua passa a ser visto não como um dispositivo da Atenção Básica, mas como um serviço especializado responsável pela PSR.

Aí na Unidade [Unidade Mista do Bequimão] é outra confusão, porque eles não querem, dizem que não, que ela não é paciente de lá, que é caso de Socorrão, mas aí Socorrão não tem vaga e eles querem que a gente tire de lá. Que a gente tire de lá, a paciente. E ao mesmo tempo não tem vaga no Socorrão. Aí começou a confusão, no sentido de pra onde ela vai agora, já que não é caso de cirurgia. O fato é que a unidade de saúde ficava insistindo que a gente assim... ela não é paciente daqui. Vocês tem que resolver, né?! Aquela situação de um jogando pro outro, sabe. (Narrativa Grupo Focal)

As barreiras de acesso aos serviços da rede de saúde são um problema vivenciado por toda a população, não são desafios somente para as pessoas que vivem nas ruas, “o novo é a capacidade e a intensidade de evidenciação que a rua tem, o extremo a que ela leva isso que é evidente.” (SOUZA; MACERATA, 2015)

Eu nunca tinha presenciado isso lá no Presidente Vargas, porque as vezes que a gente ia, tudo acontecia bem. Mas nesse dia que eu passei uma manhã inteira lá, fazendo toda mesmo a burocracia... porque chega lá a gente é atendido direto né, 'vip', por causa do Consultório na Rua. Mas quando eu fui com uma pessoa pra acompanhar desde manhã cedo até passo a passo, gente, eu vi de tudo ali, vi de tudo. (Narrativa Grupo Focal)

Imagina o morador de rua que chega sujo, fedendo. (Narrativa grupo focal)

Os modos de vida da PSR, como já discutido, dificultam que esses usuários tenham acesso a vários serviços públicos, incluindo a saúde, devido às burocracias exigidas por eles, como exigência de documentação – sendo muitas vezes necessário inclusive comprovante de residência – ou ter como condição de atendimento a necessidade de acompanhante, exigência que não condiz com essa população, visto que um dos grandes motivos da vida na rua é o rompimento de laços familiares.

Dentro das regras do CAPS AD [Estadual] só aceita se tiver acompanhante. Eles não têm acompanhante. E aí vários deles já reclamaram disso. (Narrativa Grupo Focal)

A equipe traz uma situação *sui generis*, em que essas condições se tornaram barreiras para garantir direitos tanto de saúde, como social de um casal em que houve uma situação de violência.

Teve uma situação que um casal, que eles eram até marido e mulher, só que aí ela tinha acusado ele de agressão, aí ele na justiça disse, ele foi obrigado "olha, você tem que procurar tratamento lá no CAPS AD". Aí ele foi e a acompanhante dele ia ser ela, só que não podia ser ela porque ela era a vítima. (Narrativa Grupo Focal)

O buraco na rede evidencia-se quando se vê que apesar da criação de um instrumento facilitador de acesso à saúde da população em situação de rua, os processos de trabalho dos demais serviços da rede não se alteram para garantir o acolhimento e cuidado desses usuários. Mesmo com alguns avanços na atenção à saúde da PSR, o sistema ainda é falho em se adequar à realidade e necessidades desses usuários, principalmente no âmbito da saúde mental, que possui demanda expressiva entre os moradores de rua. (COSTA, 2005).

A equipe traz o problema dos CAPS, em que todos os de gestão estadual exigem que o usuário tenha um acompanhante para que seja ofertado o tratamento. A ECR conseguiu articulação com o CAPS AD municipal, porém esse encontra-se longe dos locais de atuação do CnRua, estabelecendo outra barreira de acesso, mesmo quando há motivação do usuário em ser acompanhado por esse serviço.

A gente teve até um [usuário] no São Francisco que queria se tratar, aí quando a gente disse que era no Filipinho, “cê tá doido, é muito longe”, colocou um monte de dificuldade, “ah meu filho, vc não tá querendo se tratar não”. (Narrativa Grupo Focal)

Apesar de existirem leis que garantam os direitos da população em situação de rua com vistas na equidade, as barreiras já instituídas pelos processos de trabalho permanecem sendo um entrave. Esse problema acaba por afetar o processo de trabalho da ECR tanto do ponto de vista institucional, em que se torna imprescindível a articulação com outros serviços para garantir a continuidade do cuidado do usuário, como no ponto de vista prático, já que sendo essa uma situação constante, torna-se um obstáculo na relação de vínculo com o usuário, que muitas vezes desacredita a ECR por ser barrado em serviços a que foi encaminhado, além de dificultar o convencimento desse usuário a determinados tratamentos.

Na maioria das vezes encontra barreira. Mas tem uma portaria que diz que eles têm que fazer o atendimento. Aí visando o que tá na portaria, eles fazem. Mas a gente percebe que não é satisfeito, o atendimento. E essa questão de acompanhante também é uma barreira para que não seja feito o atendimento. Porque vão cobrar de uma pessoa que está em situação de rua acompanhante. (Narrativa Grupo Focal)

As condições de vulnerabilidade vivenciadas pela população em situação de rua somada às questões psicossociais geradoras de sofrimentos físicos e emocionais possibilitam riscos maiores para a saúde da PSR. Tal fato representa um desafio para que a efetivação de políticas de saúde dê conta dessa complexidade.

Souza e Macerata (2015) destacam que a ECR além de ampliar o acesso aos serviços de saúde tem também a necessidade de qualificação do SUS no que diz respeito “à integralidade do olhar e da ação da clínica; às formas de

considerar e agir no território; às maneiras de articular a rede interna ao SUS e as redes de políticas públicas em geral.” (SOUZA; MACERATA, 2015)

A equipe do Consultório na Rua nos chama atenção para o fato de que o problema de falta de acolhimento pelas redes do SUS, motivo principal pelo qual teve-se a necessidade de criação do Consultório na Rua, permanece como barreira ao acesso dessa população nos casos em que há necessidade de busca de outros serviços da rede.

Também de aceitação dos nossos usuários [...] dos usuários que a gente encaminha pras unidades. [...] Pro dentista... ou então paciente que vai em uma unidade pra pegar uma medicação com a receita da médica da equipe, não é atendido ou tem uma resistência a atendê-los. [...] Questão do acolhimento. [...] Eles botam mó dificuldade, aí esse também é um probleminha que a gente tem vivenciado. (Narrativa Grupo Focal)

Eu acho que essa questão da rede assim, que a gente vê que as vezes a gente como profissional articulando é difícil, imagina quando eles vão só, como usuário mesmo, sabe? Então eu acho que a rede ela precisa ser mais trabalhada [...] no sentido do acolhimento, isso. (Narrativa Grupo Focal)

Como dito por Abreu e Oliveira (2017), “a negação dos direitos produz um círculo vicioso que engloba os profissionais dos serviços públicos como atores envolvidos na produção de mais marginalização, estigma e preconceitos.” Para superação dessa situação são necessárias atitudes de tolerância e respeito às diferenças, é necessário que se enfrente o desconhecido e que o profissional da saúde trabalhe essas questões, assumindo o cuidado a população em situação de rua como responsabilidade de todos os profissionais.

Na verdade o SAMU levou, aí foi pro Socorrão, aí lá no Socorrão não sei o que aconteceu, aí sei que o SAMU trouxe... foi o SAMU ou o próprio Socorrão? Alguém de ambulância trouxe e deixou ela até mais longe do ponto onde ela fica, sem andar e tal, com fratura, possível fratura, não sei se ela não deixou fazer radiografia, não sei o que foi que aconteceu. Aí ela foi se arrastando pro Cais onde ela ficava, né. (Narrativa Grupo Focal)

Narrativas como essa nos trazem alguns questionamentos. Até que ponto a criação de um novo sistema para garantir a saúde dessa população consegue funcionar sem que haja de verdade uma mudança na rede SUS como um todo? O CnRua encontra-se numa zona de conflito entre as condições extremas da rua

e as barreiras da rede de saúde. Tanto a rede quanto o território tendem a desfazer as costuras feitas pela ECR. A rua constitui-se enquanto um território onde e quando a tessitura social se rompe, ele é ao mesmo tempo o efeito de múltiplas rupturas e espaço de conflito onde múltiplas rupturas incidem. Todo ponto que ali se constitui parece se desfazer no ponto seguinte de modo a fragilizar os fios da vida. O exercício permanente de tecer no dia seguinte o mesmo ponto que se teceu no dia anterior, na semana passada, no mês passado.

A vantagem que tem, por exemplo, do meu trabalho com eles é porque eles se sentem satisfeitos, mesmo sabendo que aquela ferida ali não vai ser tratada só com um curativo, dez dias depois com outro... mas ele se sente muito satisfeito.

Na noite em que houve a abordagem na Praça Deodoro, já ao final, quando não estava mais havendo demanda, a equipe disse para irmos que passaríamos ainda em outro local antes de encerrar as atividades daquele dia. Saímos juntos no carro da equipe, em direção ao Portinho, também conhecido como Praça do Pescador. Eu não sabia exatamente onde era esse local, só tinha escutado esse nome nos contatos em que tive com a equipe, mas tinha uma certa noção de que ficava próximo a à Avenida Beira Mar, que também ficava no centro da cidade, mas menos adentro que Praça Deodoro e Mercado Central.

Durante trajeto a equipe me contou o motivo dessa ida. Era o caso de uma usuária, Hávila, que tinha certo vínculo com a equipe, porém, apesar que a equipe demorou muito convencê-la a realizar os testes rápidos de HIV e Sífilis, insistência essa a usuária afirmava não fazer uso de preservativos durante as relações. Após muitas tentativas, a equipe, juntamente com o companheiro de Hávila conseguiram convencê-la. O teste de HIV foi realizado dando resultado positivo. A equipe precisava então realizar novamente o teste para que sendo confirmado fosse iniciado tratamento. A equipe estava ciente de que o manejo desse caso não seria fácil, que provavelmente a aceitação do diagnóstico e do tratamento não seriam imediatos.

Chegamos então ao local, o ambiente era bem mais escuro, o chão era de terra batida tinha umas barracas que a equipe disse serem usadas para venda de peixes, camarões e outros produtos comercializados por pescadores durante o

dia, mas de aparência frágil, e que no momento não estavam sendo usadas, podia-se dizer até que parecia um local meio abandonado. Em uma delas tinham algumas pessoas aglomeradas. Esse foi o território em que eu tive o contato mais próximo com essa realidade da rua, do uso de drogas, de locais mais escuros, sem movimento, em um local onde nos sentimos menos protegidos. Era o tipo de ambiente que eu esperava ter encontrado desde o início, mas que ainda assim foi o que me causou mais sentimentos desconfortáveis, fez com que eu me sentisse bem mais vulnerável.

O carro da equipe parou quase em frente a esse barraca onde se encontrava o grupo de pessoas e imediatamente todos se dispersaram. Me atentei logo que deveriam estar fazendo o uso de drogas. A equipe desceu do carro e fomos entrando a procura de Hávila. O companheiro dela passou por nós, a equipe o cumprimentou e perguntou por ela, mas ele não deu muita conversa e continuou andando. Um dos membros da equipe me disse que ou ele estava fazendo uso de drogas ou poderia até já estar cansado da insistência da equipe em procura-la. Não tinha muitas pessoas no local, fomos até o 'final' do território, passando por todas as barracas e as poucas pessoas que estavam por ali, mas não a encontramos. Voltamos para o carro e fomos embora.

A repetição, o retorno, a permanência geram pontos de referência, pontos de diferenciação, novos traços expressivos sustentados pela ética de que não existe dificuldade que justifique o abandono. Pois, sabe-se que não é o usuário que rompe, não é ele que não adere ao tratamento, não é ele que não dá continuidade. Ele não é um desviante, um irresponsável. Ele expressa as múltiplas rupturas que constituem sua trajetória de vida e o território existencial da rua. As equipes do consultório na rua criam uma presença que já produz uma diferença na medida em que se cuida de um território em conflito, de uma margem exposta, de vidas nuas. Tantos pontos e tantos encontros quanto forem necessários. Tudo pode e deve ser refeito desde que no dia, na semana ou no mês seguinte se reencontre a mesma abertura para o cuidado, como sempre se estivesse iniciando, mais uma vez.

De um modo geral, mesmo com as dificuldades, eu vejo que a gente conseguiu avançar, traz respostas a eles pelo fato deles não terem antes, não terem tido um acesso que agora minimamente eles tem. Embora seja ou por um atendimento médico, ou por um curativo, ou por um atendimento social, eles tem aquele atendimento. Muitos a

gente consegue que eles acessem os serviços da rede de saúde né. Então eu vejo que embora a gente tenha avançado pouco, que muito ainda há que se fazer, que também não depende de nós, exclusivamente, eu vejo que tem avançado sim. (Narrativa Grupo Focal)

O Consultório na Rua constitui-se como uma excelente e desafiante estratégia de trabalho em saúde. No dia-a-dia do seu trabalho, tem a função de abrir brechas nas endurecidas estruturas da saúde e de outras políticas sociais brasileiras, de forma a garantir que todos, sem exceção, sejam acolhidos e possam usufruir daquilo que é de todos, o bem público. (ABREU e OLIVEIRA, 2017)

## 6 CONCLUSÃO

A invisibilidade sofrida pela PSR ocorre já que esses indivíduos são excluídos de direitos básicos, incluindo acesso à saúde. Assumindo essa desassistência como uma questão a ser resolvida, ou pelo menos minimizada, foram criados os Consultórios de Rua, que inicialmente tinham como objetivo principal ampliar acesso aos usuários de drogas em situação de rua. Com o tempo foi percebido que essa população necessitava de atenção à saúde frente a diferentes problemas e necessidades não só relacionados ao uso de drogas e por isso ampliou-se esse equipamento que passou a se chamar Consultório na Rua e fazer parte da Atenção Básica e não mais da Saúde Mental.

A PSR traz um conjunto de desafios para a rede de saúde em geral, que conta com modelo pouco apropriado e acolhedor frente às demandas dessa população. É necessário que se efetivem políticas de saúde que deem conta da complexidade de demandas trazidas pela PSR. No entanto, observa-se que o CnRua tem uma série de conflitos com iniciativas também estatais, mas que atuam em lógica oposta a ele, não reconhecendo a vida na rua como legítima e intervir nos modos de vida desses indivíduos com medidas autoritárias, impositivas e produtoras de violência.

O que ainda se observa é uma rede de articulação fragilizada entre CnRua e as outras instituições de saúde que compõem a rede. Soma-se a isso a ausência da gestão municipal na articulação e gestão do cuidado da PSR. Fica evidente que a implementação de uma política municipal de saúde para PSR não pode se reduzir apenas um único equipamento sem haver concomitantemente planejamento e suporte da gestão municipal. A falta de acolhimento pelas redes do SUS permanece como barreira ao acesso dessa população já que o CnRua, como instrumento da AB, não é capaz de dar conta de todas as demandas.

Apesar desses problemas, o CnRua conseguiu ampliar o acesso da PSR às redes de saúde e tem grandes avanços. Muito ainda há que se trabalhar para que a rede passe a acolher essa população e responsabilizar-se por ela juntamente com o CnRua, só assim os direitos desses indivíduos conseguiram ser plenamente garantido.

## REFERÊNCIAS

BACKES, Dirce Stein. et. al. **Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisa qualitativa**. O Mundo da Saúde, São Paulo, v.35, p.438-42, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BERNARDES, IA, et al., Campos SR. **Consultório na Rua: uma Nova Forma de Cuidado em Saúde**. Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde [= Blucher Medical Proceedings, vol.1, num.2]. São Paulo: Blucher, 2014.

BRASIL. (Constituição 1988). Artigo 196. Seção II. **Da saúde**.

BRASIL. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. **Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da População em Situação de Rua: um direito humano**. Brasília, 2014.

BRASIL. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. **Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua**.

BRASIL. Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012. **Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (ECR) por Município**.

BRASIL. Portaria nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009. **Institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua**.

BRASIL. Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013. **Define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua (PSR) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**.

BRASIL/UNESCO. Sumário Executivo: **Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome, 2008.

CECÍLIO, L.C.O. **Escolhas para Inovarmos na Produção do Cuidado, das Práticas e do Conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”?**. Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.2, p.280-289, 2012.

COSTA, A. P. M. **População em situação de rua: con-textualização e caracterização**. Revista Virtual Textos e contextos, n. 4, dez. 2005.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica. Dissertação (Mestrado)** - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2004.

CUNHA, G. T. **Atenção básica e o desafio do SUS**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos humanizaSUS, v. 2: atenção básica. Brasília, DF, 2010

FLICK, Uwe. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. Tradução Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009b.

FLICK, Uwe. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Tradução Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009a.

GADELHA, Paulo Ernani; CASTRO, Hermano. Ministério da Saúde Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz **Curso de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Rua com ênfase nas Equipes de Consultório na Rua**.

GATTI, Bernadete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em ciência sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

GIL, Elisete. **Consultório na Rua pintando saúde: uma proposta de educação permanente em saúde**. Porto Alegre, 2016. Tese obtenção do título de Mestre Profissional em Enfermagem. Programa de Pós- Graduação em Enfermagem Profissional da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

KUNS, Gilderlândia. **Os modos de vida da população em situação de rua: narrativas de andanças nas ruas de vitória/es**. Vitória, 2012.

KUNS, Gilderlândia; HECKERT, Ana Lucia; CARVALHO, Silvia. **Modos de vida da população em situação de rua: inventando táticas nas ruas de Vitória/ES**, 2014.

LANCETTI, Antônio. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

LONDERO, Mário; CECCIM, Ricardo; BILIBIO, Luiz Fernando. **Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde**. Interface: Communication, Health, Education: v. 18, p. 251-260. 2014.

LOPES, Lucília Elias (Org.). **Caderno de atividades: curso atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de consultórios na rua**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

MACERATA, Iacã. **Traços de uma clínica de território: intervenção clínico política na atenção básica com a rua**, 2015.

MACERATA, Iacã; PASSOS, Eduardo. **Intervenção com jovens em situação de rua: problematizando cuidado e controle**. Psicologia & Sociedade, v. 27, p. 537-547, 2007

MAYORA, Marcelo. **O crack e a rua**. Crack e exclusão social, cap 2.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec. 2013.

MINAYO, M. C. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis: Vozes, 2009, p. 61-77.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo, 2008

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MULLER, Guilherme. **Atenção e Cuidado aos Habitantes da Rua: Perspectivas Enunciadas Pelo Consultório na Rua**. Porto Alegre, 2016. Monografia [Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva]. Universidade do Rio Grande do Sul.

NATALINO, Marco. 2016. **“Estimativa Da População Em Situação de Rua No Brasil.” Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada- IPEA: 36”**

PAIVA, Irismar et al., **Direito À Saúde Da População Em Situação de Rua: Reflexões Sobre a Problemática**. Ciência & Saúde Coletiva: v. 21, p. 2595-2606, 2016.

PASSOS, E; BENEVIDES, R. **A cartografia como método de pesquisa-intervenção**. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina; 2009. p. 17-31

PASSOS, Eduardo (Coord.). **Diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado no POP rua**. Rio de Janeiro, 2014.

PEREIRA-DA-SILVA, Marconi. **A experiência de implementação de uma Equipe de Consultório na Rua no Distrito Sanitário de Itapagipe**, 2015.

RIGUI, LB. **Redes de Saúde: Uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da Atenção Básica**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização, editor. Cadernos HumanizaSUS - volume 2 - Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. p. 59–73.

RUDIO, F.V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. Revista Vozes, Petrópolis, 1986.

SILVA, Marconi. **A experiência de implementação de uma Equipe de Consultório na Rua no Distrito Sanitário de Itapagipe em Salvador-Ba**. Salvador, 2016. Monografia [Curso de Medicina]. Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

SOUZA, Jessé (Org). Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas. **Crack e Exclusão Social**. 1. Ed.. Brasília, 2016.

SOUZA, Tadeu De Paula; MACERATA, Iacã. **A clínica nos Consultórios na Rua: territórios, coletivos e transversalidades**. Ayvu: Rev. Psicol., v. 01, n. 02, p. 03-23, 2015.

TRAD, Leny A. Bomfim. **Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde**. Physis vol.19 no.3 Rio de Janeiro 2009.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (USA). Human Development Report 2014: **Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience**.

WEBER, F. **A entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou por que censurar seu diário de campo?**. Horiz. antropol., Porto Alegre, v.15, n.32, p.157-170, Dec. 2009

## ANEXOS

### **Anexo 1 - Roteiro Grupo Focal Consultório na Rua**

#### Contexto e história do ECR de São Luís

1. Como foi (de onde surgiu) a construção da proposta de se ter uma equipe de Consultório na Rua em São Luís?
2. Como foi o início do trabalho da equipe nos primeiros 12 meses?

#### População de rua em São Luís

3. Quais os principais problemas da população em situação de rua? E suas características? Modos de vida?

#### O cuidado dessa população (modelo de atenção)

4. Como é cuidar dessa população? Quais os principais problemas do trabalho do consultório na rua? Quais as características que vocês gostariam de destacar sobre o processo de trabalho do Consultório na Rua (potencialidades e limites)?
5. A redução de danos é uma lógica presente no CnRua? Como?

#### Rede de Atenção Psicossocial?

6. O Consultório na Rua compõe a Rede de Atenção psicossocial de São Luís? De que modo? Como se dá a articulação com os serviços de saúde mental? Quais os serviços de saúde mental que vocês mais encaminham? E quais os serviços que vocês tem mais contato? Como é feito esse contato?
7. Que outros serviços da rede de saúde vocês mais acionam? E quais os desafios, entraves?
8. Quais as principais diferenças entre uma Equipe de Consultório na Rua e uma Equipe de Saúde da Família da Atenção Básica?

**Anexo 2** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, na pesquisa intitulada PESQUISA AVALIATIVA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SÃO LUÍS-MA: MODELOS DE ATENÇÃO E GESTÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E DE CONSULTÓRIO NA RUA. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é dos pesquisadores responsáveis. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

**Título do Projeto:** Pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial

**Instituição/Programa:** Universidade Federal do Maranhão/Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**Pesquisadores responsáveis:** Laura Lamas Martins Gonçalves, Tadeu de Paula Souza

**Telefones para contato:** (98) 991856077 /991205664

**Endereço da Pós-Graduação em Saúde Coletiva:** Rua Barão de Itapary, nº 155. Centro. São Luís-MA.

A pesquisa que você está convidado(a) a participar tem por objetivo analisar os principais aspectos da rede de CAPS e da ECR no município de São Luís. Para alcançar tal objetivo serão realizadas entrevistas individuais e grupos-focais. Será utilizado um gravador de áudio para garantir que todos os dados fornecidos pelos sujeitos da pesquisa possam ser recuperados e analisados posteriormente. A pesquisa será realizada com trabalhadores, gestores e usuários de Caps e trabalhadores, gestores e usuários de Equipe de Consultório na Rua. Em nenhum momento você será identificado(a). Você não terá gasto ou

ganho financeiro por participar da pesquisa. Você poderá, em qualquer fase da pesquisa, desistir de participar. Como benefícios de sua participação, elencam-se a contribuição com conhecimentos acerca de práticas no campo da saúde mental e/ou da atenção básica.

Eu,

---

\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, concordo em participar do estudo. Fui devidamente informada e esclarecida sobre a pesquisa, sobre os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que será mantido sigilo sobre minha identidade.

São Luís, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Participante

---

Pesquisador