



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

DAYSE CATÃO RAMALHO

**UM OLHAR SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE À POPULAÇÃO EM
SITUAÇÃO DE RUA NA ATENÇÃO BÁSICA**

JOÃO PESSOA – PB

2020

DAYSE CATÃO RAMALHO

**UM OLHAR SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE À POLUIÇÃO EM SITUAÇÃO
DE RUA NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação para fins de conclusão do
Mestrado Profissional em Saúde da
Família do Centro de Ciências da
Saúde sob a orientação da Professora
Doutora Kátia Ribeiro.
Linha de pesquisa -3 – Educação na
Saúde

JOÃO PESSOA – PB

2020

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

R165o Ramalho, Dayse Catão.

UM OLHAR SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE À POPULAÇÃO EM
SITUAÇÃO DE RUA NA ATENÇÃO BÁSICA / Dayse Catão
Ramalho. - João Pessoa, 2020.

73 f.

Orientação: Kátia Ribeiro.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Saúde mental. 2. População em situação de Rua. 3.
Consultório na Rua. 4. Atenção Básica. 5. Processos de
cuidado em saúde. 6. Redução de danos. I. Ribeiro,
Kátia. II. Título.

UFPB/BC



João Pessoa
2020
Dayse Catão Ramalho

UM OLHAR SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA ATENÇÃO BÁSICA

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa ao Programa de Mestrado Profissional em saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr^a Katia Suely Queiroz Silva Ribeiro (Presidente/Orientadora)
Universidade Federal da Paraíba

Prof.^a Dr^a Marisia Oliveira da Silva
Universidade Federal da Paraíba

Prof.^a Dr^a Zaeth Aguiar do Nascimento
Universidade Federal da Paraíba

Aprovado em: 20 de março de 2020
João Pessoa-PB

AGRADECIMENTOS

Meu principal agradecimento é a Deus e a Nossa Senhora, por me conduzir até aqui, sustentando-me na caminhada e nas tempestades da caminhada.

Aos meus pais, por sempre me afirmarem na condição de amorosidade. Saibam que se cheguei até aqui, certamente, foi pela certeza deste infinito amor.

Aos meus filhos, pela clareza de que, em meio aos impasses de mulher-mãe, me ensinaram sobre o amor.

Às minhas tias Maria do Carmo Catão Rodrigues (in memoriam) e Maria da Conceição Catão (in memoriam), pelas lições de vida e pelos exemplos de fortaleza e valentia.

A Caroline Catão, minha prima, que muito me ajudou nos desafios acadêmicos.

À minha orientadora, Professora Doutora Kátia Ribeiro, pela paciência e delicadeza neste processo difícil da escrita.

A banca, pelas considerações, e pela honra de tê-las neste momento, tão significativo.

A todos os Mestres, que contribuíram com a minha formação, em particular, Professor Dr. Luís Maia (in memoriam).

A todos os colegas do Mestrado, com os quais aprendi, construí e sorri.

A todos os profissionais das equipes de CnaR que contribuíram de forma ímpar para a construção de ideias desta pesquisa.

Em particular, a todos os que fazem das ruas seus abrigos e possibilidades de moradia, um pedido de desculpas, já que todos somos responsáveis de uma forma ou de outra, por cada percalço, cada dificuldade, por vocês enfrentada.

O Bicho

*Vi ontem um bicho
Na imundice do pátio
Catando comida entre os detritos.
Quando achava alguma coisa
Não examinava nem cheirava:
Engolia com voracidade.
O bicho não era um cão,
Não era um gato,
Não era um rato.
O bicho meu Deus era um homem.*

Manuel Bandeira (1947)

RESUMO

O aumento da população em situação de rua é crescente em todo o mundo e sobretudo no território brasileiro. Nesse sentido a inclusão de Políticas Públicas que busquem minimizar os riscos que envolvem este grupo populacional, sobretudo no âmbito das Políticas Públicas de atenção à saúde faz-se necessário. O fortalecimento de estratégias que ampliem e favoreçam o acesso e cuidados a esta população, principalmente em aspectos relacionados às formas de viver na rua e demandas situacionais, favorecerão o enfrentamento das dificuldades de quem está em situação de rua. Essa pesquisa teve por objetivo analisar o acesso da população em situação de rua aos serviços de Atenção Básica no município de João Pessoa – PB, na perspectiva dos profissionais das equipes de CnaR que atuam nos cinco Distritos Sanitários da cidade. Nesse sentido, busca-se ressaltar os desafios enfrentados por esta população, no que tange aos cuidados à saúde como um todo e a garantia de direitos. Pretende-se com este estudo, desmistificar condutas e práticas permeadas no modelo biomédico, moralistas, preconceituosas e fragmentadas, possibilitando a ressignificação nos processos de cuidado aos sujeitos, garantindo e ampliando direitos, com base na reforma Psiquiátrica e na Política de redução de danos. A metodologia utilizada foi a qualitativa, com roteiros de entrevistas semiestruturadas com nove profissionais do Consultório na rua. A análise ocorreu pela técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin, na modalidade temática. As contribuições conseguidas através dos dados obtidos e com o desenvolvimento da pesquisa direcionam-se à melhoria e ampliação do cuidado com às pessoas em situação de rua na Atenção Básica. Estes serviram como base para a discussão em torno das dificuldades enfrentadas pela população em situação de rua no que diz respeito à acessibilidade aos serviços na Atenção Primária à saúde e a efetivação dos seus direitos enquanto cidadãos, bem como, os desafios enfrentados pelos profissionais dos Consultórios nas ruas para efetivação e garantia destes direitos no cotidiano dos cenários dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Saúde mental, População em situação de Rua, Consultório na Rua, Atenção Básica, Processos de cuidado em saúde, Redução de danos.

ABSTRACT

The increase in the homeless population is increasing worldwide and mainly in the Brazilian territory. In this sense, the inclusion of public policies that reduces the risk that this population group involves, especially in the context of public health care policies, is necessary. The strengthening of strategies that expand and favor access and care for this population, especially in aspects related to ways of living on the street and demand favorable local situations to face the difficulties faced by those on the street. This research aimed to analyze the access of the homeless population to Primary Care services in the city of João Pessoa - PB, from the perspective of professionals from the teams of CnaR teams who work in five health districts in the city. In this sense, research on the challenges faced by this population, without health care as a whole and a guarantee of rights. The aim of this study is to demystify practices and practices allowed in the biomedical, moralistic, prejudiced and fragmented model, to allow a new meaning in the care processes for the individual, to test and expand rights, based on the Psychiatric reform and the Harm reduction policy. The methodology used was qualitative, with semi-structured interviews with nine professionals from the consultancy sector on the street. The analysis was carried out using the content analysis technique proposed by Bardin, in the thematic mode. As contributions obtained through the data obtained and with the development of research aimed at improving and expanding care for people living on the street in Primary Care. These served as a basis for a discussion about difficulties faced by the homeless population, which concerns access to services in Primary Health Care and the realization of their rights as citizens, as well as the challenges faced by professionals from consultants on the streets to effectiveness and guarantee of these rights in the daily life of health services scenarios.

Keywords: Mental health, Homeless population, Street Consultant, Primary care, Health care processes, Harm reduction.

LISTA DE SIGLAS

CAPS-AD – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

CnaR – CONSULTÓRIO NA RUA

CRAS – CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

CREAS- CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

ESF – ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

EqSF – EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

NASF/AB – NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA/ ATENÇÃO BÁSICA

PJA – PROJOVEM URBANO

PNAB – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

RAS – REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

RAPS – REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

SPA's – SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. JUSTIFICATIVA.....	14
3. OBJETIVOS.....	19
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	20
5. METODOLOGIA.....	27
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	27
5.2 SUJEITOS E LOCAL DO ESTUDO.....	27
5.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS.....	28
5.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	29
5.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	29
5.6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	29
6. DAS CALÇADAS AO ACOLHIMENTO NAS USF's.....	32
6.1 HÁ GARANTIAS DE ACESSO?.....	32
7. VISÕES DO MUNDO.....	49
7.1 “DO SUJEITO DA INVISIBILIDADE AO COITADINHO”.....	49
8. AVANÇOS E ESTRATÉGIAS PARA PRODUÇÃO DO CUIDADO.....	55
9. ADOECIMENTOS MAIS FREQUENTES DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA PERCEBIDAS PELA EQUIPE DE CnaR.....	61
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
12. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	70
13. ROTEIRO DA ENTREVISTA.....	72

1 INTRODUÇÃO

O meu percurso profissional, no âmbito das políticas públicas com populações vulneráveis, (Centro de Referência da Assistência Social – CRAS, Centro de Referência especializado da assistência social – CREAS, PROJOVEM URBANO, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas – CAPS AD III E Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica - NASF/AB), conduziram-me a questionamentos específicos na interface das ações que possibilitam a populações em situação de rua, acessos e garantias de direitos, na contramão da lógica instituída pelo sistema.

A partir da produção de cuidado em saúde aos usuários do CAPS AD III, no município de João Pessoa, deparei-me com situações de fragilização e/ou rompimento de vínculos familiares de pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas (SPA's), sobretudo aquelas que ocupam espaços das ruas das cidades como moradia.

Perceber questões que permeiam sujeitos que estão em situação de rua, bem como, usos de substâncias psicoativas, dinâmicas familiares, sofrimento psíquico, demandas sociais, culturais, econômicas, políticas e subjetividade, possibilitou-me uma aproximação com histórias de vida, frequentemente veladas pelas contingências.

A partir de cada escuta, no ambiente CAPS ADIII, ou nas calçadas, um sujeito, uma história de vida e produções subjetivas, ecoavam, entre um conto, um caso, conseqüentemente, com possibilidades de ressignificações.

O cotidiano do serviço substitutivo CAPS AD é símbolo de ancoragem para muitos usuários, sobretudo àqueles que fazem das ruas seus lares. Geralmente, chegam ao serviço sob uso de álcool e/ou outras drogas, debilitados clínica e psiquicamente, porém trazendo consigo suas andanças, pertences reais e subjetivos.

Durante as décadas de 1970 e 1980, aconteceram diversos movimentos sociais, pelo fim da ditadura militar e em defesa da retornada do regime democrático, dentre estes citamos o movimento sanitário e o movimento da reforma psiquiátrica, ambos tendo como bandeiras a defesa da saúde pública, gratuita e universal, que culminaram na implantação do SUS na Constituição de 1988 e posterior regulamentação por lei complementar (Lei

8080/90), reorganizando a saúde pública brasileira (AMARANTE; NUNES, 2018).

Nesse sentido, o cuidado em saúde ofertado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é resultado do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, sendo pautado pela política de redução de danos, possibilitando, assim, a minimização dos transtornos decorrentes dos usos abusivos de substâncias psicoativas. Busca garantir que estes sujeitos se percebam na contingência deste uso, sendo ofertada a possibilidade de um outro caminho, não apenas o da abstinência (AMARANTE; NUNES, 2018).

Os serviços substitutivos CAPS, sugerem então, outro modelo de cuidado, que se pauta na reforma psiquiátrica, e assim uma experiência da desconstrução manicomial e asilar, que surge no Brasil na cidade de Santos (1989), na proposta da clínica ampliada pautada no devir, no respeito, nas possibilidades singulares de baixa exigência na garantia dos direitos humanos e nas apostas diárias (LANCETTI, 2016).

Vale salientar que o modelo de cuidado em saúde mental, sobretudo às populações em situação de rua no âmbito das políticas públicas, ainda é fortemente marcado pelo modelo assistencialista, biomédico, fragmentado, pautado no sintoma e conservador.

Ao iniciar minha prática no NASF-AB, foi possível perceber baixo acesso da população em situação de rua às Unidades de Saúde da Família, levando-me a questionamentos no que tange às estratégias de cuidado direcionadas a essa população.

Pensar em população em situação de rua é, sobretudo, visualizar sujeitos humanos em suas necessidades integrais, para além do assistencialismo, sendo necessário, um cuidado equânime, real, amplo e universal, a partir do que tratam os princípios do SUS, bem como suas diretrizes. Uma forma de cuidado que convoca os profissionais a lidarem com o inusitado, e a prestarem um atendimento adequado, descortinando o saber hegemônico acerca da loucura, da errância, de pessoas descalças de direitos e dignidade (PAGOT, 2012).

Considerando o papel das equipes de saúde da família (EqSF) como coordenadoras do cuidado à saúde, ressalta-se a importância de que essas equipes se aproximem e compreendam as singularidades e o cuidado para a

população em situação de rua, de forma integrada. Precisa incluir ofertas de cuidado integral de uma rede, que atenda suas especificidades, com garantias, sobretudo, de cidadania, o que requer um cuidado na delicadeza das demandas que esta população necessita, pautando estratégias de cuidado nos desafios da clínica ampliada, já que, segundo Andrade, Costa e Marquetti (2014), a ida para as ruas provoca uma ruptura das formas sociais legitimadas pela própria sociedade.

Conforme Pagot (2012), a Reforma Psiquiátrica no Brasil que começou desde o fim de 1970, tem buscado a melhoria no acesso e atendimento em saúde mental, no entanto, ainda são percebidas dificuldades quanto ao papel da Estratégia Saúde da Família para a construção do cuidado integral em saúde mental no Brasil.

Diante desse contexto, em 2009 instituiu-se a Política Nacional para População em Situação de Rua e as equipes itinerantes de Consultórios na rua, que se deslocam até esta população servindo de elo entre os serviços de saúde e outros dispositivos da rede com usuários em situação de rua. Desta forma as ações na rua são focadas na política de cuidado em redução de danos, que têm como característica principal “ofertar cuidado no espaço da rua” (BRASIL, 2012).

Vale destacar, nesse sentido, uma política de cuidado voltada à promoção da dignidade e de direitos equânimes por considerar as pessoas como o princípio fundante e condutor de possibilidades pautadas na alteridade (PAGOT, 2012).

Esta pesquisa se propõe a analisar o acesso da população em situação de rua à ESF, bem como, ofertas de cuidado, na perspectiva dos profissionais das equipes de Consultório na Rua (CnaR), no município de João Pessoa. Entende-se que os resultados podem agregar conhecimentos científicos diante das especificidades da população em situação de rua, pois se trata ainda de um tema com escassa problematização e literatura.

2 JUSTIFICATIVA

Segundo relatório da Organização das Nações Unidas (ONU), cerca de 80% da população mundial vive em países onde as desigualdades sociais vêm aumentando como resultado da rápida urbanização das cidades (LOPES, 2006).

Lopes (2006) amplia e aprofunda o estudo sobre o tema considerando que o fenômeno “situação de rua” é consequência de diversos fatores estruturais, tais como; ausência de moradia, trabalho e renda; fatores biográficos relacionados à vida particular do indivíduo, como também à fragilidade ou rompimento de vínculos familiares, assim como, transtornos mentais, uso abusivo de álcool ou drogas e, ainda, fatos da natureza, como terremotos ou inundações.

Em 2007, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome realizou censo para a população em situação de rua (PSR), detectando que naquele ano havia em 71 municípios do Brasil uma população total superior a 300 mil habitantes acima de 18 anos, e reconheceu os quatro censos realizados autonomamente pelos municípios citados (BRASIL, 2009).

Ainda sobre estes dados do Censo do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, pode-se afirmar que, em 2007, em um universo de 71 municípios brasileiros, existiam 31.922 pessoas em situação de rua, sendo 82% do sexo masculino, 53% na faixa etária de 15, 25 e 44 anos de idade, 69% afrodescendentes autodeclarados e 52% sobreviventes com uma renda de R\$20,00 a R\$ 80,00 reais por semana (BRASIL, 2009).

Sendo assim, foram identificadas 31.922 pessoas em situação de rua, o que equivale a 0,061% dessas cidades. Tais dados, oriundos do Sumário Executivo do Censo (BRASIL, 2009), estão desatualizados, por terem sido levantados em 2007, porém ainda se constituem referência nacional para se compreender um pouco melhor as características da população em situação de rua nos grandes centros urbanos e ainda serviram como referência para o governo federal reformular e sistematizar políticas públicas intersetoriais para a inclusão de pessoas em situação de rua. Contudo, os resultados desse Censo estimularam a realização de outros censos municipais e distritais e induziram novos caminhos de entendimento e abordagem dos problemas sociais

inerentes a esta população (Ibidem).

No que se refere à Paraíba, não foi possível obter registros atualizados sobre o quantitativo da população em situação de rua, sendo encontrados dados apenas no que se refere à capital paraibana João Pessoa, com registros do ano de 2015. Neste ano foram detectados no município de João Pessoa, 400 moradores de rua, tendo como base os atendimentos realizados pelas equipes de Consultório na Rua (CnaR).

As equipes de CnaR do Município de João Pessoa funcionam, atualmente, com 18 profissionais, incluindo enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e agentes sociais, divididos em três equipes, sendo duas no turno da manhã e uma no turno da tarde.

Importante ressaltar que o município de João Pessoa anteriormente apresentava um quantitativo maior de profissionais do CnaR (24 profissionais) compondo 4 equipes.

Vale ressaltar a importância das equipes de CnaR na construção de vínculo com as pessoas em situação de rua, no que se refere ao processo de cuidado em saúde, respeitando-se assim os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), de integralidade, universalidade, acessibilidade, equidade (VARGAS, 2012).

De acordo com Lopes (2009), os desafios encontrados pelas equipes de CnaR para a garantia de direitos quanto ao acesso aos serviços e cuidados à saúde dessa população destacam-se preconceitos, discursos hegemônicos na perspectiva médico centrado e institucionais, o que compromete o cuidado em rede e nos territórios, evidenciando acerca das dificuldades que os profissionais das qSF apresentam em lidar com “os avessos” dos que fogem aos padrões normativos da sociedade, e estão na condição da exceção e da inexistência.

Nesse sentido, a autora destaca a importância da reflexão sobre alguns protocolos e fluxos de atendimento na atenção primária e em outros serviços de saúde da rede, já que, estes devem estar a serviço de todos aqueles que o buscam e que deles necessitam e, portanto, devem considerar a universalidade, acesso, singularidade, equidade, sobretudo, a processos de cuidado que incluam a subjetividade e a vida.

As Políticas Públicas voltadas para populações extremamente vulneráveis aplicadas às situações críticas, deverão conter abordagens singulares, e que contribuam para o entendimento dos processos sociais, de constituição de sujeitos, preservação de vidas, Políticas sociais, de atendimentos e de direitos e dignidade humana (BROID, 2008, p. 29).

Para tanto, Lopes (2009) aborda sobre a necessidade fundamental que os profissionais da eqSF se aproximem das realidades das pessoas, problematizem as diretrizes e ações de cuidado a serem realizadas nas Unidades de Saúde da Família que podem e que devem dar conta da demanda da população de rua, bem como os dispositivos e os serviços que compõem a rede de saúde local e Políticas Públicas integradas às suas demandas.

Acolher é compreender a demanda do usuário para além da queixa principal apresentada. É perceber esse cidadão no seu contexto social e inseri-lo em uma rede de atenção à saúde em que a Atenção Básica é a coordenadora do cuidado, priorizando uma observação e escuta qualificada, que necessariamente passam pela valorização e respeito aos diversos saberes e modos de viver dos indivíduos, possibilitando a construção de vínculos de confiança junto a essa população, que se reproduz em processos relacionais no cuidado integral à saúde (BRASIL, 2012, p. 39).

É importante destacar que no Brasil, através da Secretaria de Desenvolvimento Social oferece à PSR (População em Situação de Rua), uma rede de assistência, da qual fazem parte as Casas de Apoio e os Centros de Referência à População em situação de rua (Centro POP), que produzem e ofertam serviços de assistência social de média e alta complexidade. O Centro POP atua no fortalecimento e apoio à população em situação de rua, diante das vulnerabilidades sociais, de acordo com as necessidades identificadas, garantindo seus direitos e promovendo a inserção dessas pessoas na rede de serviços socioassistenciais, bem como, outras Políticas Públicas da rede (BRASIL, 2011).

Ainda segundo o Ministério da Saúde, é importante considerar que é através do reconhecimento das demandas situacionais e vulnerabilidades da população em situação de rua, bem como, dos processos de saúde-doença e da rede intersetorial que devem ser ofertadas estratégias relevantes para a ampliação do acesso e efetivação do cuidado (BRASIL, 2011).

A compreensão, contudo, de um cuidado às pessoas no âmbito das Políticas Públicas, que esteja para além de organizações e fluxos institucionais burocráticos, rígidos ou na clínica tradicional, numa visão centrada no adoecimento em si, mas que deva configurar-se enquanto processo primordial, que nos permita refletir sobre o social e o individual na sua constituição, no campo sistêmico, processual, privilegiando assim, a pessoa na condição de sujeito nos processos de saúde e doença (MORY; GONZALES REY, 2012).

Nesse sentido, entende-se que a investigação dessa pesquisa sobre o acesso e acolhimento de pessoas em situação de rua pelos serviços da AB, possibilidades e ofertas de cuidado com a rede, na perspectiva interpretativa dos profissionais que compõem as equipes de CnaR, poderá contribuir com a literatura sobre a população em situação de rua e suas necessidades no âmbito das Políticas Públicas, sobretudo nos serviços da AB.

Uma pesquisa que se propõe a analisar aspectos no “avesso das adições” e da “loucura”, com interesse nos cenários diários das populações que habitam as ruas, nas (im)possibilidades das calçadas, por vezes com famílias inteiras. Uma proposta direcionada à compreensão dos vários aspectos e atravessamentos que permeiam esses espaços, essas vidas, à luz do exercício dos direitos humanos, como também na garantia e acesso às práticas de igualdade, possibilidades, pertencimentos e liberdade.

Trata-se, sobretudo, do interesse pelo humano, subjetividades, demandas e desejos, no entendimento desses espaços, relações e convivências. É a possibilidade de refletir, problematizar e elaborar sobre o universo de seres humanos que vivem em condições de vida a céu aberto, contradições, vulnerabilidades extremas, sofrimentos psíquicos, como refere Pagot (2012), bem como, a maneira como se dá os acessos aos serviços e Políticas Públicas de saúde com ênfase na AB, considerando a clínica ampliada e as diversidades dos territórios.

...temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades (SANTOS, 2003, p. 56).

É fato cotidiano que populações em situação de rua tenham dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Estaria esta consideração afetada por atuações de profissionais permeados por práticas tradicionais com concepções classificatórias de avaliação e resultados?

A pesquisadora busca com esse estudo, propor, com a análise dos resultados, ações de educação permanente visando sensibilizar as equipes que compõem a ESF, quanto ao cuidado a partir das demandas da população de rua, o que significa um cuidado em rede, produtor de alteridade e subjetividade, considerando e compreendendo os movimentos e formas de viver das populações de rua.

3 OBJETIVO GERAL

Analisar potencialidades e dificuldades do acesso e cuidados ofertados à população em situação de rua na ESF na perspectiva das equipes de CnaR no município de João Pessoa

3.1 Objetivos Específicos

1. Avaliar o acolhimento aos usuários em situação de rua acompanhados pelas equipes de CnaR.
2. Caracterizar, na perspectiva das equipes de CnaR, o vínculo entre usuários e equipe de saúde da família.
3. Identificar estratégias que contribuem para facilitar o acesso dos usuários à Estratégia Saúde da Família.
4. Apontar desafios no cuidado às pessoas em situação de rua na atenção básica.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo o Ministério da Saúde, considera-se população em situação de rua, o grupo populacional heterogêneo que possui aspectos como, a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a falta de moradia convencional regular. Estas pessoas se utilizam de logradouros públicos e áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, tanto de forma temporária como permanente, assim como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2012).

Atualmente, um dos grandes desafios postos à saúde mental nos centros urbanos é o enfrentamento a uma demanda crescente, materializada pela presença dos “loucos” em situação de rua, no que tange, aos sintomas psicóticos, daqueles que andarilhos, sem diagnóstico, medicação e ou processos de cuidados, sobrevivem em um estado natural (PAGOT, 2012).

Considerando a Atenção Básica (AB) um espaço prioritário para o fortalecimento do cuidado e a criação de vínculo na rede de atenção à saúde, com possibilidades para a ampliação do acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população de rua, tendo como porta de entrada prioritária na AB as equipes de Consultório na Rua, o Ministério da Saúde propõe convergir as diretrizes da AB com lógica da atenção psicossocial com sua proposição de trabalhar a redução de danos (BRASIL, 2012, p.11).

Segundo Amarante (1995), uma das condições necessárias para a consolidação da Reforma Psiquiátrica é que as intervenções dos novos serviços extrapolem o sucesso terapêutico assistencial, convocando a sociedade brasileira a lidar de outra forma com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em plena desvantagem social.

Nesse sentido, Fraser (2001) reflete acerca da inscrição de sujeitos em situação de rua em espaços coletivos ou individuais, nos guetos ou vielas, na ordem de questões objetivas ou subjetivas, pois, estando uma vez ordenados sob leituras estigmatizantes, preconceituosas, homogêneas e imaginárias, estas populações tendem a permanecer em exclusão contínua.

Para Barth (2005) a construção da identidade na cultura moderna, nomeada pela lógica universalizante, globalizante e hegemônica, tem a tendência de conferir a sujeitos padrões que desconsideram, nesse sentido, as

variações culturais, processos subjetivos e histórias de vida como resultado de suas experiências.

O que falar então do acesso e garantias de direitos de populações em situação de vulnerabilidades extremas, não inseridas em determinantes preconizados a sociedades tradicionalistas, sem moradia, com vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, sem renda, tendo que se adaptar às situações inusitadas que as ruas oferecem, sem acesso a condições de higiene favoráveis e ou condições de segurança das mais diversas ordens?

Em estudos realizados em municípios como o Rio de Janeiro (RJ), 2013, e em Maceió (AL), destaca-se, um modelo de saúde hegemônico, e ainda pautado no saber médico centrado e nas tecnologias duras, demonstrando, para tanto, um dos pontos para a dificuldade de acesso às pessoas em situação aos serviços da RAS. (CARDOSO et al., 2018).

Ademais, de acordo com Gonzales (1996), existem diversas análises que trazem aspectos ligados às singularidades, às relações existentes fora do lar, ao sofrimento psíquico, e aos cuidados em saúde mental à população de rua, no tocante à criminalização pela sociedade e polícia, às agressões pela comunidade e transeuntes e, “inclusive”, dos outros “sem teto”, com quem não chegam a desenvolver laços sociais, além das impossibilidades das famílias em lidar com o transtorno mental, uso complicado de álcool e outras drogas e peregrinação (própria de alguns transtornos mentais).

No entanto, se não nos dispusermos a conhecer os sujeitos, seus modos de vida e de compreensão sobre ela (vida), a comunidade, seus olhares e ações em relação a essa população específica, possibilitando diálogos com ênfase nos aspectos que envolvam participação cidadã e leituras mais ampliadas, certamente não poderemos progredir no sentido de promover a resolução de um trabalho com essa parcela de pessoas excluídas tanto da cidadania como de uma organização psíquica (PAGOT, 2012).

Nesse sentido, deve-se considerar o cuidado a essas populações, norteado por uma visão ampliada e integral no que se refere às necessidades de saúde, aos direitos humanos, e aspectos que envolvam consciência democrática, assim como prevê o cuidado humanizado em saúde no âmbito do SUS, de forma universal e equânime (CARDOSO et al., 2018).

Portanto, a Política prevê como princípios fundamentais, além da

igualdade e equidade, o respeito à dignidade da pessoa humana, o direito à convivência familiar e comunitária, a valorização e respeito à vida e à cidadania, o atendimento humanizado e universalizado, o respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, sobretudo, com atenção especial voltada às populações em situação de maior risco e vulnerabilidades, como é o caso das populações em situação de rua. (BRASIL, 2012).

Dessa forma, deve-se observar as condições de vulnerabilidade vivenciadas pela população em situação de rua, além das questões psicossociais geradoras de sofrimento físicos e emocionais, como agravos e riscos maiores para a saúde desse grupo, o que representa um desafio para a efetivação de Políticas Públicas que deem conta dessa complexidade (BRASIL, 2012).

Entre 2007 e 2008 o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome realizou censo para PSR, que procedeu a contagem de todas as pessoas em situação de rua acima de 18 anos, em um universo de 71 municípios com população total superior a 300 mil habitantes à época, e reconheceu os quatro censos realizados autonomamente pelos municípios citados (BRASIL, 2010).

Nesse cenário, foram instituídas as equipes de Consultórios na rua (CnaR), as quais se inserem no contexto da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), bem como a Política Nacional para a População em situação de rua, integrando o componente de AB da Rede de Atenção Psicossocial, no formato multiprofissional, atuando nos cuidados integrais à saúde da população de rua (in loco), realizando atividades itinerantes, focando nos sujeitos e grupos que estão em situação de rua, na proposta da redução de danos e nas ações que devem ser compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde, além de outros dispositivos da rede. (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, é importante ressaltar que o CnaR faz parte das redes de saúde intersetoriais, nas quais insere-se com a intenção de produzir intervenções a partir de uma terapêutica singular para cada pessoa ou coletivo em situação de rua. Contudo, diante da fragilidade dessas redes, sempre em movimento e a construir-se, o CnaR, além de servir como um serviço de atenção aos moradores ou pessoas em situação de rua, torna-se um

importante instrumento de problematização e enfrentamento diante dos modos de cuidado que atravessam a assistência em saúde. Com sua prática em trânsito, percorre a rede de saúde intersetorial, mesclando-se à mesma e na maioria das vezes, sob tensão, buscando articulação e colaborando para o atendimento daqueles que até então encontravam-se invisíveis nos cenários do SUS (LONDERO; MFP, 2014).

Nesse sentido, as equipes de CnaR traduzem uma forma mais aproximada das condicionalidades dessa população, em um cenário diferenciado e dinâmico, que desafia cotidianamente os profissionais de saúde que assistem os usuários que fogem do programado, driblando, dessa forma, as dificuldades, adversidades e surpresas encontradas nessa realidade complexa da rua, organizando o trabalho em saúde numa perspectiva multiprofissional e interdisciplinar (CARDOSO et al., 2018).

Gosto de ser gente porque mesmo sabendo que as condições materiais, econômicas, sociais, políticas, culturais e ideológicas em que nos achamos geram quase sempre barreiras de difícil superação para o cumprimento de nossa tarefa histórica de mudar o mundo, sei também que os obstáculos não se eternizam (FREIRE, 1999, p. 60).

O Ministério da Saúde considera importante para o cuidado às populações em situação de rua o estabelecimento de vínculos, na perspectiva de uma aprendizagem possível, já que é uma capacidade humana que pode ser desenvolvida. Nesse sentido, considera importante o despojamento e a empatia, além da capacidade de compreender sem julgamento e o respeito, tendo-se a clareza que para se estabelecer vínculos positivos deve-se trabalhar em equipes que avaliam frequentemente suas ações, orientando sobre limites e possibilidades, bem como, o vínculo que é irmão da gratuidade. Considera ainda importante a compreensão sobre o tempo do outro e a necessidade de se perceber as mínimas possibilidades de forma não imediatista, contabilizando assim, êxitos e respostas obtidas, na proposta de que a convivência com a população em situação de rua ensine a caminhar sempre, sem desanimar, e a construir caminhos partilhados (BRASIL, 2009).

Sendo assim, aprende-se que quando a população em situação de rua percebe o cuidado para consigo, e que você olha para a vida, e não só para a

ferida, ela se deixa ver. Faz-se necessário a compreensão de que a ferida ou a doença é mais do que a dor de estar doente, é a dor de existir na situação que provoca essa dor e sobreviver assim (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, outros autores afirmam que as intervenções em saúde mental são construídas no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, e outras ferramentas sendo incorporadas como estratégias para a construção do processo de cuidado em saúde são imprescindíveis, destacando-se o acolhimento. Esse dispositivo provém da Política de Humanização do Ministério da Saúde como alternativa para a reorientação da atenção à saúde, sendo caracterizado pela relação de confiança entre o usuário e o profissional ou a equipe, orientado pelos princípios do SUS (BRASIL, 2006; CHAN et al., 2011).

É necessário que se compreenda que a capacitação técnica tem que ser acompanhada da capacidade de acolher sem tantos critérios para excluir. Uma prática de cuidado desafiadora, e que requer produção de encontros, literalmente, em contornos e possibilidades de laços sociais, que rompam com a lógica institucional, sobretudo, possibilitando a sujeitos sair da condição de invisibilidade, tendo em vista a amorosidade (BRASIL, 2009).

O acolhimento é um processo de escuta qualificada que permite a formação de vínculos, bem como o estabelecimento de relações de confiança mútua, permitindo a construção do cuidado compartilhado, facilitando a reorganização dos serviços, processos de trabalho, além de possibilitar e ampliar a qualidade da assistência. Ressalta-se, assim, a necessidade de ouvir atentamente o usuário em suas queixas e demandas, incluindo aspectos subjetivos, favorecendo, assim, práticas e parcerias colaborativas (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016).

Para tanto, Costa, Garcia e Toledo (2016) orientam sobre a necessidade de reflexão e constante revisão de práticas, que promovam e favoreçam o cuidado humanizado como estratégia de atenção integral, com profissionais responsáveis e atentos a questões subjetivas em um movimento de empatia, com respeito a singularidade do sujeito e suas formas de vida e de viver.

Algumas pesquisas nesse sentido reforçam o cuidado em saúde em uma perspectiva de relação entre sujeitos, no tocante ao profissional de saúde e usuário. Sendo assim, cabe aos profissionais de saúde se mobilizarem pela

construção de um projeto político que possa qualificar o cuidado, transcendendo a sua dimensão instrumental, viabilizando dessa forma, além do aumento da oferta de serviços e da resolubilidade de ações técnicas, o exercício da escuta sensível de necessidades, praticando-se um acolhimento que valorize singularidades articuladas à totalidade. (COELHO; FONSECA, 2005).

Em um desses estudos realizado na cidade do Rio de Janeiro (RJ), na comunidade de Manguinhos, Silva et al. (2015), foi possível analisar a organização do cuidado em saúde, sobre os quais se observou acerca do processo de acolhimento e o estabelecimento de vínculo da equipe do CnaR com seus usuários, destacando que o ato de cuidar pode assumir diferentes significados e, particularmente, no caso das práticas de cuidado em saúde voltadas para a população em situação de rua, almejando-se que esteja relacionado à promoção de ações que garantam o princípio da equidade expresso no SUS, de modo a contribuir para a produção de práticas de cuidado inovadoras e coletivas no campo da APS, voltadas para populações específicas.

Ainda com base nesse estudo acima citado, percebeu-se que os encontros nos cenários de rua entre os profissionais das equipes de Saúde da família com a população de rua, mediados pelas equipes de CnaR, possibilitaram o vínculo, melhorando o acesso dessa população, pois a entrada desses usuários no serviço demonstrou para os profissionais daquela equipe de saúde e principalmente aqueles que acreditavam ser impossível cuidar dessa população, que o fato deles morarem nas ruas e utilizarem drogas não os impedia de procurar cuidado e de serem cuidados. Além disso, era recorrente entre profissionais o discurso de que cada usuário que chegava ao serviço estimulava a equipe a repensar suas estratégias, técnicas e procedimentos, com vistas à adequação para a realidade de vida dos usuários (SILVA et al., 2015).

As práticas de cuidado desenvolvidas pelo CnaR têm como eixo essencial a criação de vínculo, como atitude fundamental na realização do cuidar. Ou seja, buscam abrir mais espaço para os usuários como sujeitos, e não como objetos de intervenção, para uma maior capacidade da atenção e continuidade das ações no serviço, visando o atendimento às diferentes demandas de

indivíduos (AYRES, 2009).

O estudo demonstrou ainda que, a aproximação das equipes com a população de rua na Comunidade de Manguinhos (RJ), diminuiu o preconceito e a estigmatização, favorecendo que populações em situação de rua se aproximassem mais dos serviços de saúde, percebendo-se como participantes ativos nos seus processos de cuidado (SILVA et al., 2015).

Nesse sentido, percebeu-se ainda que é importante um esforço de superação do abismo presente na relação entre os profissionais de saúde e a PSR sendo necessário os profissionais se desprendam de 'coisas pré-concebidas', destacando-se que houve adaptações das diretrizes da ESF, no que concerne à adscrição da clientela. As EqSF direcionam seu trabalho para a população cadastrada com domicílio fixo, o CnaR atende as pessoas no território da rua, sejam elas cadastradas ou não. Os procedimentos que eram denominados de forma diferenciada como 'visita domiciliar', passaram a ser 'visita de rua' (CARNEIRO JUNIOR et al., 2010).

A criação de vínculos fortes e aproximação com o usuário permitem que a equipe da ESF consiga identificar muitos sinais e atuar de forma potente na promoção do cuidado em saúde mental. Muitos casos são complexos e exigem a articulação com outros serviços e equipes da rede (SOUZA et al. 2011).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores, envolvendo levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de casos (GIL, 2008).

Salienta-se o interesse pelo estudo das características de um grupo, incluindo-se neste tipo de pesquisa o objetivo de levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população (GIL, 2008).

5.2 Sujeitos e local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida com profissionais que compõem as três equipes de consultório na rua do município de João Pessoa. O Município de João Pessoa inicialmente aderiu a quatro equipes de CnaR distribuídas entre os cinco Distritos Sanitários, de modo que viessem a contemplar a população em situação de rua, que percorriam os territórios destes distritos.

No entanto, uma destas equipes por motivos desconhecidos aos profissionais do CnaR, atualmente está inoperante, e o município de João Pessoa contabiliza três equipes atuantes para os cinco distritos sanitários. É importante destacar que esta territorialização referente aos cinco distritos sanitários serve apenas, para referenciar as vinculações de cada equipe, mas pelos dados obtidos com a pesquisa, não existe rigidez para as abordagens nos territórios determinados, já que, são compreendidas pelos integrantes das equipes de CnaR, a partir das necessidades singulares de cada usuário.

Nesse sentido, segundo os profissionais do CnaR há sempre comunicação entre eles, referindo sobre diálogo constante no dia a dia da execução das atividades garantindo discussão dos casos por eles atendidos e consequente construção de PTS (Projeto Terapêutico Singular), de modo a que sejam realizadas intervenções pautadas nas demandas dos sujeitos.

As equipes realizam abordagens aos usuários, no horário das 08:00h às 20:00h, sendo que duas equipes estejam no período das 08:00h às 14:00h e uma equipe das 14:00h às 20:00h.

As equipes de CnaR do município de João Pessoa contam com 18 profissionais, incluindo enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, médicos e agentes sociais (reduzidores de danos), que se dividem nos turnos matutino e vespertino, entre os cinco Distritos Sanitários de Saúde.

A seleção dos entrevistados se deu por acessibilidade ou conveniência, na qual, segundo Gil (2008), o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo.

5.3 Procedimentos de coleta dos dados

Foram realizadas entrevistas do tipo semiestruturadas com as equipes de consultório na rua do município de João Pessoa, seguindo um roteiro previamente estabelecido (ANEXO A), construído com base nos objetivos da pesquisa.

Este modelo de entrevista tem relativa flexibilidade nos questionamentos, de acordo com as situações do campo (MATTOS, 2005). Sendo assim, possibilita o acesso à informação, visando esclarecer aspectos da entrevista, gerando o aprofundamento da investigação.

As entrevistas foram gravadas e tiveram, em média, duração de 30 minutos, e foram realizadas por um único pesquisador, na Sede do CnaR, localizada no bairro da Torre, no prédio do lactário, em João Pessoa-PB, de forma individual, não comprometendo o sigilo, bem como, evitando-se o viés das impregnações dos relatos compartilhados. Aconteceu nos meses de abril e maio de 2019 em dias alternados. Foi realizado agendamento prévio das entrevistas com os 09 profissionais do CnaR que se disponibilizaram a participar da pesquisa, sendo disponibilizado a cada entrevistado, o termo do consentimento livre e esclarecido (TCLE). Posteriormente as entrevistas foram transcritas, e analisadas.

Visando organizar a participação dos trabalhadores das equipes de CnaR, houve uma programação na Sede do CnaR, planejando as entrevistas de acordo com a disponibilidade de cada equipe para realização das mesmas.

5.4 Análise dos dados

A análise dos resultados se deu mediante a técnica de análise de conteúdo temática, que segundo Bardin (2011), apresenta uma unidade de significação, um tema, que comporta um feixe de relações e que pode ser apresentado através de uma palavra, uma frase, um resumo, que serve de guia.

Nesse sentido, ainda segundo esse autor, trabalhar com análise temática possibilita a descoberta de núcleos de sentido que compõem a comunicação, e cuja presença, ou frequência de aparição, pode significar alguma coisa para o objeto analítico escolhido (BARDIN, 2011).

5.5 Procedimentos éticos

Em cumprimento às recomendações da Resolução Nº 462/2012 do Conselho Nacional de Saúde e das Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde, incluindo o princípio ético da autonomia dos participantes através da utilização do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A). Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética do centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba e aprovado com número CAAE 06897519.8.0000.5188.

Os participantes do estudo foram informados(as) sobre os objetivos do mesmo, sua justificativa, os procedimentos, a garantia do anonimato, fidedignidade na análise dos dados e o direito à liberdade de declinar do estudo em qualquer momento do processo da pesquisa. A fim de preservar o anonimato dos entrevistados foi atribuído um nome fictício a cada um deles.

5.6 Resultados e discussão

Foram realizadas 09 entrevistas com membros da equipe de Consultório na Rua, os quais apresentavam as seguintes características:

Quadro 01: caracterização dos sujeitos

Categoria profissional	02 Assistentes Sociais
	01 terapeuta Ocupacional 01 Psicóloga 02 Enfermeiros 03 agentes redutores de danos
Vínculo empregatício	01 efetivo 08 contrato temporário
Curso de especialização	04 profissionais
Tempo de atuação	Há variação entre 1 a 5 anos

Todos os profissionais do CnaR que participaram das entrevistas referiram as dificuldades e desafios que enfrentam para que sejam realizados os cuidados necessários, de acordo com as necessidades e demandas da população em situação de rua.

Para tanto, colaboraram com relatos que traduzem o dia a dia de quem vive nas ruas, excluídos da maioria de direitos, bem como, das dificuldades de uma equipe que precisa argumentar, e percorrer caminhos, por vezes solitários, assim como aqueles que sobrevivem em suas calçadas nas mais variadas formas.

Foram relatos possíveis de registros encantadores, como tão nobres as atitudes de luta e enfrentamentos destes profissionais do CnaR que emprestam suas vozes e lutam para que direitos fundamentais sejam observados e efetivados.

As negligências observadas e referidas pelos atores do CnaR no cotidiano das perspectivas de cuidado equânimes foram muitas, sobretudo, no que se refere à falta de entendimento da maioria dos profissionais que compõem as equipes de saúde da Família, de que as Políticas Públicas não estão na ordem dos favores ou da perspectiva de adoção de práticas conforme as antigas Santas Casas de Misericórdia, mas devem ser ofertas no sentido da efetivação

e ampliação de direitos universais.

Aqui vale um recorte acerca dos atendimentos ofertados a populações vulneráveis que datam da Constituição Imperial de 25 de março de 1824, inspiradas nos modelos da casa mãe de Lisboa, um dos primeiros desenhos de política no campo da Psiquiatria clássica.

A análise e discussão dos dados obtidos são reflexos das informações do cenário do cotidiano das ações no entorno do cuidado a populações em situação de rua, e buscam ressaltar questões importantes no que tange aos desafios quanto ao acesso e garantia dos direitos dos mesmos, trazendo à tona materiais reflexivos, que aproximem o leitor da “vida nas ruas”, suas contradições, dificuldades e demandas.

Nessa análise foram elencadas as seguintes categorias: acolhimento e vínculo; visões do mundo... “do sujeito da invisibilidade ao coitadinho...”, as quais serão discutidas a seguir.

6 DAS CALÇADAS AO ACOLHIMENTO NAS USF'S

6.1 Há garantias de acesso?

Merhy (2007) propõe mudanças de práticas a partir de novas modelagens de atenção, amparadas pelos princípios do SUS, visando modelos que rompam com a hegemonia da centralidade no saber biomédico, superando assim, intervenções voltadas para a cura e controle dos sintomas.

Nesse sentido, ainda segundo Merhy (2007), a Atenção Primária à saúde é tida como modelo de reorientação, com potencialidades de um trabalho vivo, em ato “para produzir ruídos”, devendo instituir projetos transformadores e capazes de reinvenção, numa perspectiva dialética, quanto ao ato de se produzir saúde. Acrescenta, ainda, a importância da compreensão do trabalho em saúde como uma dimensão de uma prática social, e para que esteja amparado no modelo de práticas pautadas no acesso e na integralidade será necessário transitar pelo território subjetivo, potencializando as redes vivas de cuidado, as práticas pautadas no acolhimento, escuta e diálogo, o que permite a reaproximação do fazer saúde, com os projetos de vida das pessoas.

Franco e Merhy (2007) referem a dimensão do trabalho em saúde operando na dimensão subjetiva, sustentada pela dimensão sensível de percepção da vida e de si mesmo, sendo esta constitutiva das redes de atenção, em prol de projetos terapêuticos, que estejam comprometidos com a integralidade do cuidado.

No entanto, a integralidade do cuidado está intimamente relacionada com as condições favoráveis de acesso dos usuários às eqSF. Ao apontar o acolhimento e a escuta, como determinantes para o processo de cuidado em saúde, Merhy (2007) considera que pessoas adoecidas, com direitos violados ou em sofrimento procuram no serviço de saúde amparo.

Estes cuidados em rede e a aproximação com as necessidades do sujeito em questão, a partir de uma escuta atenta e que promova encontros, são condições potentes de transformação do trabalho em saúde.

No entanto, a presente pesquisa revelou que o acesso das pessoas em situação de rua às eqSF, encontra-se marcado por dificuldades. Quando questionados acerca do acesso dos usuários em situação de rua às Unidades

de Saúde da Família (USF), os profissionais do CnaR entrevistados, revelaram fragilidades, sobretudo se for por demanda espontânea às USF's, estando, esse acesso, muitas vezes, condicionado à presença de um membro do CnaR.

... Na minha opinião não há acesso. O CnaR sempre é chamado. A não ser quando já fomos na unidade várias vezes...insistimos...fomos excluídos também...sim, porque tem essa parada com a gente também que "cuida do usuário na rua". (Sol)

... Se você perguntar a um morador de rua ele vai dizer isso: eles só atendem na unidade se a gente vai com o CnaR! (Constelação)

Nesse contexto, observa-se que o acesso é relativo e não garantido a todos, mesmo com as reais necessidades de cuidados diferenciados, baseados em processos equânimes, preconizados pelo SUS. Merhy (2007) analisa esta questão como um dos aspectos limitantes para o processo de cuidado, refletindo acerca dos protocolos padronizados, apresentados com caráter fortemente burocrático, limitando a capacidade criadora dos trabalhadores em saúde, limitando também a reinvenção das práticas, sobretudo, no enfoque subjetivo.

Importante destacar através dos relatos dos entrevistados que o acesso e a integralidade do cuidado, mesmo estando garantidos pelas Portarias Ministeriais, que estabelecem sobre o cuidado em saúde mental nos territórios, bem como demandas de populações vulneráveis, não se efetivam em todos os cenários das eqSF.

O acesso à Atenção primária estando condicionado pela presença das equipes de CnaR, revela que a reorientação dos modelos das práticas em saúde não trouxe significantes mudanças, e as equipes de CnaR representam, na maioria dos casos, ser a única Política Pública para a ampliação do cuidado aos usuários em situação de rua mesmo que estes estejam permanentemente, ou por longos períodos pelos territórios das USF's.

É importante ainda reforçar o papel do CnaR na construção de vínculo com as pessoas em situação de rua, a fim de favorecer o cuidado em saúde, respeitando-se assim os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), de integralidade, universalidade, acessibilidade, equidade (VARGAS, 2012).

Destaca-se nesse sentido, o questionamento dos profissionais do CnaR,

no que tange aos princípios do (SUS) e a falta de acesso das pessoas em situação de rua, quando estes parecem estar destituídos dos seus direitos e garantias quanto ao processo de cuidado por fazerem das ruas sua moradia.

Partindo da constatação que, mesmo estando nos territórios adscritos da maioria das unidades de saúde o acesso desta população aos serviços de saúde, em particular às USF's, o que para Pereira (2009) está associado a um lugar demarcado socialmente como estigmatizado; estando relacionado a "mendicância e "vagabundagem", o que favorece a justificativas excludentes.

O levantamento de dados da pesquisa revelou que frequentemente os usuários permanecem em territórios por longos períodos, porém, como não se enquadram em alguns determinantes e padrões sociais, como, a constituição da família, residência fixa e trabalhos formais, não são incluídos nos processos de cuidado em saúde (SILVA, 2013).

... Estar literalmente em um território, porém em "calçadas", parece anular o sentido de direito e pertencimento de pessoas, enquanto usuários do SUS? (Estrela)

Um questionamento como este, provocativo e pertinente com a situação da população em situação de rua, encontrou-se repetidamente nesta pesquisa, e possibilita um aprofundamento acerca da atuação dos profissionais da AB, de forma que, se reflita sobre um campo operacional, que aponta para práticas rígidas, permeadas por parâmetros de uma sociedade tradicional e normativa (PAGOT, 2012). Este modelo por sua vez, torna insignificante necessidades óbvias, de sujeitos que carregam consigo estigmas e preconceitos, no caso desse estudo, à população em situação de rua.

O entendimento de uma Política que auxilie e promova o cuidado ampliado e fortalecedor é, sobretudo, indispensável para a efetivação de uma rede social ampla, protetora e afetiva (MERHY, 2007).

Nesse sentido, as situações que aparecem nos relatos das entrevistas demonstram que o acesso da população em situação de rua devem ser pautas constantes, discutidas nos serviços de saúde, enquanto necessidade ampla e real da garantia de direitos, dignidade e cidadania, devendo estar correlacionadas às necessidades reais e cotidianas da referida população, já que é evidente a dificuldade em torno do cuidado ofertado a pessoas com

necessidades que permeiam o campo do sofrimento psíquico, necessidades de ordem social e saúde, dentre outras situações de vulnerabilidade.

Os questionamentos que trago a partir da observação dos relatos obtidos com a pesquisa, sugerem que, o cenário da efetivação do direito das pessoas em situação de rua e suas demandas, ainda encontra-se sob o véu dos significantes da exclusão e das formas asilares, resquícios dos leprosários, dos manicômios e da legitimação da periculosidade (LOPES, 2009).

O acesso à saúde, mesmo que legitimado pelas Políticas Públicas, fica comprometido sob vários aspectos, no que tange aos direitos da população em situação de rua, e os resultados pesquisa apontam para situações que comprometem o acesso como a relativização de garantias de direitos no que tange ao acesso à saúde, sendo restrito a algumas condicionalidades como práticas claramente higienistas e excludentes, como se observa nos discursos a seguir:

... já teve médico que disse que só atenderia se levássemos o usuário para tomar banho (Lua)

... A negativa do atendimento na maioria das vezes, é pelo o usuário estar na rua, por tá sujo (Lua)

Nesse sentido, faz-se necessário romper com concepções naturalizadas e a- históricas de saúde para que se possa compreender a complexa organização de um processo, que envolva a subjetividade, pois as visões reducionistas tendem a definir práticas, que muitas vezes, não correspondem às necessidades de diferentes grupos (ALVES et al. 2011).

O CnaR é reconhecido e apontado, tanto pelas pessoas em situação de rua, quanto pelos profissionais, como únicos responsáveis pelo cuidado a essas pessoas, o que desconfigura um processo de cuidado, que deve ser garantido, integral, equânime, colaborativo e processual. As falas dos entrevistados revelam de forma bastante enfática esse equívoco:

... As pessoas acham que só o CnaR é referência para o morador de rua sabe? Não, todos nós somos referências para ele... (Mar)

... Quando perguntamos à eqSF se o morador de rua foi lá como pactuado geralmente ouvimos desculpas do tipo: ... não vieram aqui, e se vieram haviam feito uso de álcool...não tinha como atender! (Sol)

Ampliar as reflexões e dificuldades de acesso, para Gonzales Rey (2004), aos serviços de saúde em razão de discursos normalizadores que sustentam a forma de atuação dos diferentes profissionais de saúde, deve ilustrar a relação entre várias dimensões, como o preconceito em relação a grupos minoritários e que sofrem discriminação.

O autor acrescenta acerca das opções de uma sociedade, que nos remete à dimensões complexas (individuais, sociais e culturais) e que se entrecruzam com outras dimensões tais como; condições de vida, de emprego, do trabalho, da qualidade de vida, no sentido social e psicossocial da expressão, bem como, no sentido simbólico.

Nesse sentido, vale ressaltar que, mesmo considerando que grande parte da população brasileira possua dificuldades no acesso e no atendimento em saúde, para a PSR esse quadro se agrava diante das condições físicas e do seu cotidiano de vida (PAIVA et al., 2016).

Considerando a subjetividade humana como fenômeno que inclui o contexto individual e remetendo ao contexto histórico cultural em que se insere a pessoa (GONZALES REY, 2004) e como acrescenta Guatarri (1996), a subjetividade humana é processual, portanto, não determinista, o que explicita diferentes reflexões que se têm organizado na visão da pessoa como constituinte e constituída no sistema histórico cultural e as implicações decorrentes desse aporte, sendo esta, resultante do entrecruzamento de determinações coletivas de várias espécies: sociais, econômicas, tecnológicas, de mídia, etc.

Nesse sentido, percebe-se que incluir a subjetividade no campo do cuidado, amplia as possibilidades de enxergar o sujeito de forma integral, minimizando as dificuldades do acesso da população em situação de rua.

O reconhecimento acerca da necessidade de considerar as questões subjetivas aparece nos relatos dos componentes do CnaR e aponta para cuidados essenciais à vida, não restritos a condicionalidades, tampouco a certezas de cura ou a qualquer forma eficaz de mudanças de padrões de comportamentos, influenciando satisfatoriamente, a potencialidade e importância das equipes de CnaR, enquanto “porta-vozes”, digamos assim, dos mutilados historicamente, de seus direitos e da convivência com a sociedade,

em vários aspectos.

As equipes de CnaR demonstram compreender que a potência do ato de cuidar têm suas bases na legitimidade da saúde como um processo social ampliado pela garantia dos direitos humanos e no contexto da Reforma Psiquiátrica, que segundo Amarante (2010) marcou o início de uma luta que vem transformando a relação entre a sociedade e a loucura de modo a promover projetos atuais de construção de um novo “lugar social”.

(...) Na verdade, a gente oferece à pessoa em situação de rua o que ele deseja né? A gente vai construir com ele esse cuidado, para que ele mesmo venha trazer as demandas. E não necessariamente a gente vai lá dizer o que a gente quer, o que a gente vai oferecer. Porém essas demandas vão sendo é... elas vão surgindo de acordo com o dia-a-dia, né? (Sol)

Por outro lado, as ações e cuidados em saúde na Atenção primária, apresentadas nesta pesquisa, ainda caminham em meio a dificuldades, no tocante a compreensão que o “ato de cuidar” deve estar pautado na pessoa humana, que como tal, deve ser o principal objetivo direção, e que, as transformações necessárias na saúde, não devem se limitar às mudanças meramente assistenciais, mas devem estar a serviço do entendimento do direito à saúde enquanto processo social complexo (AMARANTE, 2010).

Nesse sentido, percebe-se nas entrevistas, que o acesso negado às pessoas em situação de rua, nas eqSF, demonstram visões pautadas ainda em visões hegemônicas, contraditórias com a saúde entendida enquanto processo social ampliado e com foco no sujeito.

Sendo assim, percebe-se nos relatos dos entrevistados o processo de cuidado fragmentado o que contribui para a exclusão. Os profissionais das eqSF não se aproximam e nem iniciam o processo de cuidado, ali mesmo na calçada, no lugar que o sujeito se encontra, não se compreendendo como integrante de uma rede integral.

... Não gente, todas as unidades de saúde têm que atender o morador de rua pô. Imagina eu levar um morador de rua pra unidade das praias pô, e o cara tá lá no centro da cidade, não existe isso pô! (Sol)

Segundo Pagot (2012), desde a implantação do SUS, há uma grande

luta, e que deverá ser contínua para mudanças de paradigmas no modelo médico- individual-curativo, para um conjunto de ações ampliadas que envolvam a participação de todos, tendo como marco para estas mudanças a reforma Sanitária, e a reforma Psiquiátrica que envolveram diversas entidades vinculadas à saúde e que deverão nortear o cuidado à saúde como “Direito de todos”.

No entanto os dados obtidos com a pesquisa trazem questões que levam à constatação de que as diretrizes e portarias publicadas pelo Ministério da Saúde visando orientar o cuidado à saúde, são importantes na condução das práticas, mas não dão conta de aspectos ligados ao modo de sentir, ver e fazer o cuidado acontecer a essa população.

Um modo de se fazer saúde, na perspectiva mais ampla e que introduza sujeitos e seus discursos, subjetividades permitindo que o outro assistido seja e esteja para além do que está manifesto, como trata Pagot (2012), trazendo à luz o interesse necessário de se pensar a esse respeito, não como uma ideia utópica, mas como possibilidade de coexistência e tensão entre diferentes mundos, e que seja capaz e não mais afastar a pobreza e a loucura, como assinala essa autora:

Tal como o nazismo tentou, anda-se a procura de um mundo perfeito, com seus inúmeros equipamentos digitais, muita tecnologia e conforto, que seja capaz de afastar a pobreza e loucura da cidade, esta tão imperfeita. (PAGOT, 2012, p. 137).

Uma condução na perspectiva do cuidado a populações em situação de rua, sobretudo, está intimamente ligada ao processo de vínculos, amorosidade, respeito na perspectiva de outro como direção de um processo de cuidado, autônomo, amplo, corresponsável e não inclui culpabilizações, e isto é evidente nos profissionais das equipes de CnaR.

Por outro lado, a pesquisa aponta para várias dificuldades cotidianas enfrentadas pelas equipes de CnaR com consequências e dificuldades operacionais no que tange às questões implícitas em todo processo de cuidado em rede, compartilhado, colaborativo e corresponsável.

...Não. É complicado sabe? Essa intersetorialidade, palavra bonita né? Mas no dia a dia isso não acontece tanto né? O

usuário é jogado para um lado, é jogado para o outro. Ah! É transtorno? CAPS! É usuário de substância psicoativa? (Sol)
 ... Ah! Ele é perfil de rua! Então é o CnaR, não é com a gente!
 Existe isso gente? Perfil de rua? (Sol)

Assim, possibilitar nas equipes a reflexão sobre o processo de cuidado na perspectiva da clínica ampliada no entendimento de que não existem núcleos de cuidado em mini equipes, mas um amplo processo colaborativo em rede, incluindo, sobretudo, a sociedade como um todo, favoreceria a inclusão, a dignidade, direitos e cidadania, ou seja, uma percepção de que se amplie para além dos limites definidos geograficamente, uma solução baseada em parâmetros de comunidades e vivências que não sejam restritas (PAGOT, 2012).

Como ilustra o relato a seguir, o acesso deve estar amparado e legitimado em direitos amplos e universais de uma sociedade democrática, atenta, como cita BROID (2008), à perplexidade do fenômeno “rua”, compreendendo que, o manifesto, ou seja, aquilo que todos podemos observar, sempre encobre conflito.

Tais impossibilidades de aproximação e conseqüentemente de compreensão das necessidades e demandas subjetivas, nem sempre manifestas da população em situação de rua, configura-se na descrição do entrevistado a seguir:

...Quando eles (eqSF), ligam pra gente, ó tem um morador de rua aqui, a gente diz sim, e aí? Atenderam ele? Conversa com ele pô, escuta, vê o que ele precisa pô! Negam o acesso, deixam o cara lá na calçada e ligam pra gente pô e não deixam nem o cara entrar! (Sol)

A escuta, portanto, introduz o encontro, para que seja possível compreender o fato social concreto e como se configura o espaço e formas de sobrevivência das populações marginalizadas (BROID, 2008).

Para tanto, trazer à luz elementos tratados nesta pesquisa foi relevante, pois fomenta a reflexão em torno do que está sendo eleito como prática de cuidado no cotidiano dos serviços, sobretudo, com pessoas que se situam à margem de padrões sociais estabelecidos e que não usufruem plenamente de uma perspectiva de direitos e cidadania. Pensar, promover e legitimar

processos de cuidado e Políticas Públicas que os inclua na conquista de direitos políticos, civis e sociais, é garantir a participação destes, no governo, no direito à liberdade de pensamento e de expressão, respeito, condições dignas de vida, à saúde e ao trabalho (PAGOT, 2012).

Ainda que as orientações no âmbito das Políticas Públicas convoquem os profissionais de saúde a dialogarem com possibilidades e outras formas de cuidado a populações vulneráveis, e a romper com paradigmas culturais norteados por impregnações de modelos pautados em parâmetros biomédicos, percebe-se notadamente a distância entre o discurso e as práticas de cuidado ofertadas.

Os resultados revelam que a fragilidade no acesso também reproduz a égide de que o direito à saúde ainda “não está para todos”, no sentido que é relativizado, e a depender dos contratos e pactuações entre as equipes de CnaR e algumas Unidades de Saúde, o atendimento acontece ou não.

Nesse sentido, o princípio da equidade submerge à lógica tecnicista, contradizendo as reais necessidades de um trabalho que conduza e promova o empoderamento, autonomia e alteridade de populações que contrariam a sociedade com sua errância (PAGOT, 2012).

A integralidade do cuidado exige ações colaborativas entre as equipes de saúde da família e as equipes de CnaR, como destaca Santana (2014). O cuidado colaborativo assim conceituado, conduz-se a partir de ações coordenadas, na tentativa de se buscar atingir maior aproximação com a integralidade da atenção de que um usuário precisa.

Nesse sentido, profissionais de vários núcleos de competência, diversas organizações da saúde, incluindo os usuários, trabalham juntos cotidianamente para conseguir um benefício compartilhado e obter um objetivo comum (SANTANA, 2014), implicando favoravelmente em processos de cuidado, centrados na singularidade, subjetividade e demandas na perspectiva de cada sujeito que a solicite.

No entanto, verifica-se, de acordo com a pesquisa, que este processo colaborativo não acontece em todos os cenários das eqSF, corroborando com perspectivas de manutenção de práticas hegemônicas, médico centradas e com a concepções de práticas excludentes, apresentando dificuldades de compreender as Políticas Públicas de saúde como um campo complexo, plural,

intersectorial e no contexto de transversalidade de saberes (AMARANTE, 2010).

Os desafios, no que tange à construção de uma rede de serviços que promovam a integralidade do cuidado, com ações compartilhadas, encontros entre diversos saberes e a ampliação da cobertura dos serviços de saúde, são frequentes. Sabe-se também que, as experiências das equipes de CnaR, exemplificam que para este público a rede é construída caso a caso, porém, isto não relativiza a necessidade da atenção imediata que deve preceder uma situação de acesso e acolhimento, sendo crucial uma rede parceira com escuta qualificada e acompanhamento contínuo em busca de favorecer um cuidado continuado (TEIXEIRA et al., 2015).

Ainda segundo Teixeira et al. (2015) é necessário, nesse sentido, romper com paradigmas de processos organizativos de fluxos institucionais rígidos, o que notadamente em muito contribuirá para processos de cuidado pautados na clínica ampliada com práticas colaborativas.

No que tange ao primeiro acolhimento e vinculação das pessoas em situação de rua às eqSF, as equipes de CnaR apresentam-se como prioritárias enquanto elos para acesso e vínculo de Política Pública de cuidado a esta população.

... Os profissionais das USF's sempre ligam pra gente quando chega um morador de rua sabe. Aí ligam e a gente pergunta se é morador de rua, se ele está na unidade de saúde, o que ele tá precisando, e aí a gente orienta, falamos do papel da gente, e deixando claro que é papel deles também. (Sol)

Importante a ênfase na clareza de um trabalho em rede e colaborativo, já que é evidente a exclusão dos “loucos em situação de rua”, já que em sua maioria não estão vinculados aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou às Unidades de saúde (UBS), nem a outras Políticas Públicas, mas sim às pessoas que vivem nos bairros onde se encontram (recebendo destas alimentos e outros donativos). Assim, dadas às dificuldades de acesso dos mesmos a um tratamento acabam circulando, durante muitos anos, pelas ruas, das grandes capitais (PAGOT, 2012).

Ainda trazendo a citação de Pagot (2012), condutas hegemônicas e tradicionais baseadas em condutas medicocentradas, nunca darão conta da delicadeza comprometida, que sugere um cuidado “tecido” no olhar para um

“outro”, que está ali, potente de suas histórias, de vida, de afetos, rico de singularidades que não se enquadram em rígidas condutas técnicas, nos frios contatos, mas nas contraditórias formas de ser que alguns humanos revelam (PAGOT, 2012).

É necessário destacar que grande parte das dificuldades de se acolher o outro na complexidade da sua história está intrinsecamente ligado a oferta de uma escuta que se propõe a ouvir os “não ditos”, as contradições e relações significativas na constituição do sujeito (GONZALES REY, 2003) possibilitando a alteridade, promovendo uma potente produção de cuidado ao encontro com este outro. Não obstante, tal definição nos leva a pensar que as possibilidades deste encontro faz-se pela percepção das pluralidades como um caminho convocatório a parcerias na própria rede, e que este deve ser problematizador reflexivo e dialogado, o que certamente, minimizaria as fragilidades no acesso à saúde e processos de cuidado garantindo o acesso.

(...) Se os profissionais se aproximassem do usuário em situação de rua, o ouvissem, perguntassem o nome e trocassem uma ideia, entenderiam que ali tem uma pessoa saca! Porque não tem essa que o Cnar tem um jeito diferente de fazer acontecer! Se ouvir o cara vai sacar o que pode fazer por e com ele! (Estrela)

Um dos maiores desafios enfrentados pelas equipes de CnaR e que foi trazido como causa relevante, usado comumente para justificar, a exclusão de usuários em situação de rua refere-se ao uso problemático de álcool e outras drogas, assim como outros tipos de sofrimento psíquico que são frequentes nestes usuários.

...Quando perguntamos à eqSF se o morador de rua foi lá como pactuado geralmente ouvimos desculpas do tipo: ...não vieram aqui, e se vieram haviam feito uso de álcool...não tinha como atender! (Sol)

Essas demandas precisam ser consideradas na oferta de cuidado a este público. Desconsiderar aspectos da vida de uma pessoa, ou realizar intervenções e condutas em série, sem que se realize uma escuta centrada na diversidade do outro, é minimizar o cuidado, reduzindo-o às queixas e sintomas manifestos, sobretudo, no campo da saúde mental, na qual alguns profissionais

assumem posturas de destituir esse “outro” (sujeito) de um lugar de direitos (PAGOT, 2012).

Percebe-se ainda que a ESF ainda reproduz, em alguns casos, o cuidado com atos medicocêntricos, ou seja, centrados em atos médicos, estruturados em condutas prescritivas (MERHY, 2005).

Os relatos dos entrevistados corroboram neste aspecto de modo que, denunciam a condição de invisibilidade das pessoas em situação de rua perante os profissionais das eqSF

... o cara tá ali na consulta médica, e o profissional só se dirige a nós sabe...perguntando a gente, como se o outro não existisse ali. Pergunta pra ele...ele tá aqui ó! (Estrela)
 ... o cara tá ali, na calçada e chama o consultório...por que não atende? Tá ali na calçada da unidade de saúde, mas é como se não tivesse ninguém. (Sol)
 ... Isso de jogar o usuário... pra lá e pra cá, de achar que a gente faz limpeza de território, de negar atendimento, mexe tanto com a gente! Isso é nossa causa sabe! (Estrela)

Segundo Amarante (2010) quando se escuta as pessoas adequadamente, estas podem ser envolvidas e orientadas, nas possibilidades de cuidado, soluções, encaminhamentos e tratamentos construídos de comum acordo, contribuindo com a alteridade e com o processo de orientação “centrado no usuário”, em contraposição à lógica do “centrado nos procedimentos” (MERHY, 2004).

As aproximações e a oferta de uma escuta possibilitam inserção, promovendo a garantia dos direitos de pessoas em situação de vulnerabilidade social, que sofrem diretamente as consequências das desigualdades socioeconômicas e dos determinantes sociais que influem de forma aguda e crônica na qualidade de vida, no bem-estar no processo saúde-doença dessas pessoas (TEIXEIRA; FONSECA, 2013).

É fundamental para o processo de cuidado às pessoas em situação de rua, que as eqSF estejam atentas aos territórios e à população adscrita, para além de territórios geográficos, mas também para os dispositivos territoriais da comunidade, aspectos sócio culturais, bem como às questões subjetivas.

Nesse sentido, é necessário considerar as interações das pessoas com o ambiente, bem como manifestações de segregação em espaços que

contribuem com a lógica político econômica que visa administrar a desigualdade social, sobretudo, quando se trata de populações vulneráveis (SAWAIA, 2003). O território é um lugar de contrastes, ao mesmo tempo que pode propiciar identidade entre os pares, gestando novas formas de sociabilidade, mais afetivas e libertárias, pode ser também excludente e gerador de sofrimento (SAWAIA,1995).

O território deve ser reconhecido, portanto, como potente na constituição de identidade dos sujeitos; como lugar de vida, dos afetos, onde os sujeitos podem ser potencializados, despotencializados, exercer poder, fazer trocas, sofrer e enfrentar injustiças, construir suas histórias e a de sua sociedade (SANTOS,1999).

Dessa forma, reconhecer um território na sua proposição de afetividade é considera-lo como categoria de resistência à vida e como caminho capaz de gerar modos de enfrentamento de situações adversas (FEITOSA et al., 2018).

A especificidade de viver nas ruas demarca territórios existenciais onde se encontram o que Merhy et al. (2014) denominam como redes vivas, ou seja, modos de viver que atuam e compõem significados e produção de cuidado.

O cenário de estar, ficar, peregrinar pelas ruas ou permanecer em determinado território, o “território afetivo”, subjetivo, para além do território geográfico, pode constituir um “saber” sobre pessoas em situação de rua. (PAGOT, 2012).

A pesquisa identificou através de relatos recorrentes do profissionais do CnaR, que existe uma ligação importante entre o território que o usuário em situação de rua está com sua história de vida anterior ou atual. Saber sobre o usuário, confere status importante sobre os motivos que o levaram até determinado território, como fazem referência os entrevistados.

... Quando um usuário em situação de rua, fica por algum tempo, ou longos períodos em um determinado território, é por alguma razão sabe! (Constelação)

... Muitas vezes, estar ali naquele dia, tem a ver com violência, ou tb com o envolvimento das pessoas daquela comunidade, ou do comércio, sabe, já que a comunidade dá quentinha, comida mesmo! (Terra)

Este ponto é bem importante para o processo de cuidado, identificado

nas entrevistas, porque as equipes podem ir convocando a comunidade de determinado território a produzir um cuidado conjunto e aliado, ou por outro lado, podem sinalizar acerca da hostilidade daquele ambiente para os usuários em situação de rua que ali se encontram.

Segundo Pagot (2012), as condições pejorativas com relação à loucura e à situação de viver na rua, categorizam representações sociais de desqualificação, qualificação negativa, negativista e indiferente (vagabundo, louco, sujo, perigoso, coitadinho), constatações de impregnações dos preconceitos e discriminações cultivadas pela sociedade.

Por outro lado, ter atenção sobre aspectos de relações e ações da comunidade com as pessoas que estão em situação de rua, está na ordem da compreensão acerca da importância de realizar-se um trabalho de inserção na dimensão psicossocial em saúde priorizando a clínica ampliada, rompendo com a ideia tradicional de tratamento (PAGOT, 2012).

Romper com estatutos de exclusão nos serviços de saúde, está diretamente ligado à imersão em processos de cuidados colaborativos.

Essa população é excluída de sua cidadania, sobretudo pela própria sintomatologia, na medida que faz parte de um contingente em degradação, do ponto de vista social, subjetivo, clínico e humano, quando circula pela cidade ao sair de sua casa (PAGOT, 2012, p. 19).

Vale destacar o que propõe Lancetti (2008) no que chamou de “desterritorializar contexto pedagógico e tentar algo diferente no campo da assistência”. Ou seja, refletir acerca das práticas embasadas em conceitos higienistas e pedagógicos, não refletem processos de cuidados autônomos em saúde e revelam talvez o “fracasso” quanto ao processo de cuidado a estas populações, que necessitam de um cuidado permeado nas suas reais necessidades, bem como nas suas possibilidades.

O desconhecimento das equipes em torno das necessidades da população em situação de rua, bem como formas de cuidado, processo de saúde doença e ofertas em redução de danos, causam impacto negativo quanto ao acesso deste público às USF's, como ilustra a fala a seguir:

(...) não adianta eu ter uma rede estruturada se eu tenho

profissionais com a cabeça fechada, que não conseguem enxergar seu papel “para todos na saúde”...que não estão abertos a aprender outras formas de cuidar...porque o morador de rua tem seu estilo de vida pô... (Sol)

Conforme descrito na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017),

A responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde com destaque especial para a atenção básica. Em situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso destes usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna a atenção integral à saúde, pode-se lançar mão das equipes dos consultórios na rua, que são equipes da atenção básica, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua. (p. 62).

No entanto, a prática no cotidiano das equipes de CnaR, como demonstra a presente pesquisa, é um processo de cuidado, na maioria das vezes, em meio a desafios, na luta pela garantia do cuidado aos usuários, já que a lógica do encaminhamento supera os cuidados compartilhados e as eqSF em sua maioria, não se envolvem no processo de cuidado a esta população.

Ademais, é necessário ressaltar que a implementação e atuação do CnaR como Política de cuidado às populações em situação de rua, não o define como ordenador deste processo, mas como participante deste, em rede, sendo necessária a atuação conjunta, articulada na efetivação e garantia de direitos e cidadania (VARGAS, 2012).

O processo de cuidado compartilhado, torna-se frágil, na medida em que as equipes de saúde da Família não se coresponsabilizam com o cuidado à população em situação de rua, mesmo que esta, esteja no território, porém na sua forma de vida “informal”, é desconsiderada, pela falta de endereço, como enfatizado no discurso a seguir:

...mesmo ainda sem vínculo com a unidade, mas o cara tá lá, né? Então o vínculo com a unidade é a gente do CnaR que constrói pô. “Queria que vocês do CnaR viessem atender ele...porque ele tá na calçada...ele é de rua, né”? [se referindo

ao posicionamento da eqSF] (Sol)
...ah, muitas vezes o cara tá lá na porta da unidade, mas chamam o CnaR...se a gente não tiver acompanhando, o usuário num é atendido não... (Terra)

As fragilidades quanto ao acesso e processos de cuidado que emergiram com a pesquisa, remetem a uma importante observação, no que tange aos direcionamentos e objetivos da ESF para o território. Enquanto espaços para promoção da saúde e defesa da vida, prevenção e assistência aos sujeitos, às famílias, sua capacidade resolutiva e possibilidades, faz-se necessário atuar no campo da saúde de forma ampla, incluindo questões sociais, econômicas, políticas: Lidar com as famílias, com as pessoas em crise, com a vizinhança, com os atores sociais nos territórios em que vivem (AMARANTE, 2007).

É provável, que as aproximações da rede com estas populações, revelem fragilidades e potencialidades quanto ao cuidado e permitam possibilidades de se criar estratégias singulares para com estes usuários, de modo que as lacunas entre o saber científico e o popular, bem como os tabus e preconceitos se resignifiquem e promovam encontros, com promoção de mudanças na sociedade.

Faz-se necessário destacar nas falas dos entrevistados a questão do preconceito, aparecendo como uma das principais barreiras para o acesso à população em situação de rua às USF's e demais serviços de saúde, desvelando os discursos e práticas em torno da temática.

AMARANTE (2006) discorre sobre o tema do preconceito, conferindo-lhe importância, sob os signos dos discursos nazistas e fascistas na atualidade, já que se enraizaram na consciência social de maneira surpreendente e assustadora. Nesse sentido o autor considera que, estes discursos pretendem justificar “naturalmente”, que são bem melhores que os outros, transformando “diferenças”, de qualquer ordem, num signo infalível de superioridade.

Portanto, buscando ainda, em AMARANTE (2006), registros sobre condutas hegemônicas no campo de uma Política no âmbito do SUS que nos convoca a atuar a partir de práticas com constructos libertários e anti-hegemônicos, trago a pertinente citação deste autor:

O outro é sempre encarado como sendo uma ameaça mortal para a existência autocentrada do sujeito, pois o outro é permanentemente reconhecido como sendo um inimigo e um rival, na medida mesmo que balança o sujeito nas suas certezas e lhe faz vacilar face ao seu eixo e seu sistema de referência. Com isto a experiência da diferença se revela pois impossível (AMARANTE, 2006, p. 101).

Essa citação problematiza fundamentalmente acerca das limitações humanas frente a diferenças radicais no campo do outro, neste caso, os outros em situação de rua, que denunciam, não apenas um sistema de Estado, mas também, diferenças que externam, que despertam o “horror” manifesto dos cenários das pessoas que vivem/moram nas ruas.

Os discursos abaixo que emergiram com a pesquisa tratam fundamentalmente, da discordância de atitudes no contexto do cuidado à saúde de uma população marginalizada, e que de acordo com PAGOT (2012), necessitam de diversas análises que façam referência às relações existentes entre a vida fora do lar, aos transtornos mentais e aos cuidados em saúde.

... Esbarramos com o preconceito porque o usuário tá fedido, não tomou banho, fez uso de álcool, outras drogas. Sempre assim (Estrela)

... Se for esperar que um morador de rua há 15 anos, e que faz uso há mais de 10 anos todos os dias, que não faça uso pra ser atendido né? (Terra)

... Até a gente pô... é olhado atravessado por alguns profissionais... só porque somos do CnaR... a gente também sofre preconceito... (Sol)

Ainda distante do que se espera para um trabalho em saúde, que seja acolhedor e inclusivo, espera-se que em uma Política, se amplie o trabalho de equipes com foco na proposta da Reforma Psiquiátrica, da redução de danos, com poucas certezas, a céu aberto, mas que busque estabelecer um vínculo transferencial, com abordagens e ofertas na aproximação corporal, que toda intervenção se dê após a escuta, de modo que, essa população, embora vulnerável e sujeita aos riscos inerentes do viver na rua, devam ser identificadas como sujeitos. (PAGOT, 2012).

7 VISÕES DE MUNDO

7.1 “Do sujeito da invisibilidade ao coitadinho”

No livro “A história da loucura” Foucault (2010) lembra sobre a exclusão dos loucos nas instituições e o papel destas no trabalho a favor da preservação da moral, de modo a conter as insanidades e os comportamentos desviantes.

A pessoa em situação de rua traduz para a sociedade a mais pura insanidade, o papel da loucura e seu lugar, produzindo os nós da incoerência do “ser louco”, contradizendo os parâmetros dos padrões médicos e estéticos da normalidade, ou uma vida socialmente aceita pela maioria (PAGOT, 2012).

(...) na minha opinião o preconceito é o motivo de maior impedimento para o... a promoção do cuidado a estas pessoas, porquê elas são vistas como marginais e perigosas. Por trás desse preconceito a gente que cuida deles na rua descobre tanta lindeza! (Água)

(...) O serviço social luta muito na aquisição de direitos desta população, porquê entende que eles ou são vistos pelos profissionais como marginais ou dignos de pena! (Estrela)

Esse relato exemplifica atitudes que demarcam condutas e pensamentos que assumem posições contraditórias em relação às pessoas em situação de rua, podendo agir de forma assistencialista ou excludente em momentos distintos, mas que aponta para uma sociedade, amedrontada e preconceituosa por meio da qualificação negativa a estas pessoas, mas também que expressa a piedade com ações de caridade (PAGOT, 2012).

No entanto, em meio às contradições, os dados obtidos com a pesquisa, apontam para marcas de invisibilidade, veladas por atitudes antagônicas, mas que não garantem direitos destes cidadãos, conforme os relatos acima descritos.

Conforme Pagot (2012), a atitude misericordiosa alivia apenas a “falta do outro”, estando basicamente ligada à carência material, à falta de higiene, à carência afetiva ou à ausência familiar, ou seja, atitudes no sentido de aplacar, aliviar. Porém, não é transformadora, nem tampouco, promove o envolvimento da comunidade

Ao se pensar no fenômeno de invisibilidade da população em situação de

rua, compreende-se que há invisibilidades mais sutis que estão relacionadas às suas singularidades, suas vidas e suas mortes, estando relacionadas com aspectos da sociedade capitalista, no qual as pessoas são valorizadas por conceitos relacionados a modos de produção e poder de compra. (DELFIN, ALMEIDA; IMBRIZI, 2017).

Ainda segundo Delfin, Almeida e Imbriz (2017), em modelos de sociedades e de organizações de cidades, pautados por ocupações bem definidas e valoradas na perspectiva da utilidade e do prestígio, quem, por seu estilo de vida, formas de viver ou papéis sociais, coloca em xeque padrões normativos é percebido como inútil ou incapaz.

É frequente ações provenientes de “olhares de exclusão”, que produzem afastamento, que ocorrem por meio de representações de uma sujeira inaceitável por parte desta população, impedindo-a de pertencer a uma sociedade de aparências (PAGOT, 2012).

O discurso a seguir aponta para a invisibilidade da população em situação de rua pela precariedade da higiene e de outras situações que reproduzem situações de exclusão, preconceitos e invisibilidade.

(...) Pô, como é que o cara tá morando na rua pô, sem nem Política Pública que pense em banheiros, lugar pra lavar roupa e o cara vai chegar cheiroso na unidade de saúde. (Sol)

(...) Muitas vezes, temos que levar o usuário para tomar banho, trocar de roupa, para que ele possa ser atendido. (Estrela)

Considerando as necessidades da população em situação de rua, o Ministério da Saúde junto com o Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome, lançaram a campanha com o slogan “Cuidar da saúde de todos” em 2017, com o objetivo de valorizar a saúde como um direito humano de cidadania e ressaltando, sobretudo, os direitos das pessoas em situação de rua, independente das roupas, condições de higiene, uso de álcool e outras drogas ou falta de documentos, no intuito de sensibilizar os profissionais de saúde, na tentativa de diminuir o preconceito e empoderar a população em situação de rua (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, ressalta Ayres (2009), uma proposta que visa romper com ações em saúde fragmentadas e atendimentos pouco atentos aos aspectos psicossociais do adoecimento.

Uma das estratégias reconhecidas como potente no que tange a minimização dos agravos à saúde como um todo e promotora de vínculos de confiança e amorosidade é a política de cuidado de redução de danos Silva (2015), uma vez que além de estar baseada no respeito às singularidades e subjetividades dos sujeitos possibilita que a estranheza dê lugar à alteridade (SILVA, 2015).

Neste sentido, segue os relatos dos entrevistados:

(...) Os profissionais não trabalham ou não conhecem a RD e aí fica difícil realizar o cuidado assim, para os moradores de rua, entende. (Água)

Nesse contexto, refletir sobre práticas e condutas ainda comumente associadas ao movimento higienista, reducionistas e psicopatologizantes, discordantes da promoção à saúde e de projetos como a Reforma Psiquiátrica e sanitária, talvez favoreça a reflexão sobre condutas que mantêm pouca ou nenhuma relação de alguns profissionais com o cuidado ampliado em saúde (FERRAZA, 2016).

Compreender os direitos dos cidadãos pautados na efetivação e diretrizes do SUS, implica diretamente no reconhecimento do respeito a pluralidade da existência humana (FERRAZA, 2016).

Sendo assim, romper com paradigmas de práticas normativas de ajustamento de comportamentos, gestos e atitudes consideradas como inadequadas em uma sociedade pautada por normas e padrões (FOUCAULT, 1982), pressupõe, legitimar e respeitar vidas com histórias e movimento, se constituindo com novas formas de cuidado e práticas que assegurem Políticas Públicas de saúde para cidadãos de direitos (FERRAZA, 2016).

Para tanto, trazer à luz elementos tratados nesta pesquisa foi relevante, pois fomenta a reflexão em torno do que está sendo eleito como prática de cuidado no cotidiano dos serviços, sobretudo, com pessoas que se situam à margem de padrões sociais estabelecidos e que não usufruem plenamente de uma cidadania, que os inclua na conquista de direitos políticos, civis e sociais, ou seja, estão excluídos da participação no governo, do direito à liberdade de pensamento e de expressão, respeito, condições dignas de vida, à saúde e ao

trabalho (PAGOT, 2012).

Talvez faça sentido então compreender o motivo de algumas práticas em saúde ainda se conduzirem às avessas das diretrizes do SUS. A população em situação de rua distinta de padrões normativos, “os traços de loucura”, ocupando um lugar extremo no sentido, “uma loucura que não precisa de médico, mas de misericórdia divina”, como cita Foucault (2010): “É louco, porque assim lhe foi dito e porque o trataram como tal” (p.142).

De acordo com Amarante (2006), a cura, sobretudo no campo da saúde mental, está acima de tudo, conduzindo assim às condições para a ação moral, garantindo a aquiescência da vontade à pura forma da lei, ou seja, a cura passa a ser uma relação entre a possibilidade da boa vontade contra a doença que passa a ser representada por uma má vontade ou pelo defeito da vontade em se colocar docemente na conformidade de sua verdade íntima, nascendo daí o internamento e o tratamento moral.

As condições patologizantes anulam sujeitos e vidas e naturalizam condições de existências precárias de acordo com Pagot (2012), distorcendo o direito das pessoas em situação de rua, condicionando-as à permanência da perpetuação da exclusão, conforme os discursos a seguir.

... As pessoas não conseguem olhar para o outro né? A não ser com o olhar de coitadinho (Lua)

... Ow meu Deus do céu...ai rapaz eu gosto tanto de ajudar esse povo...então atende ele né? Ajudar em que? É um olhar de coitadinho mas não faz o negócio acontecer! (Lua)

Pensar acerca da história da medicina e do campo da saúde, pode traduzir este fenômeno, de acordo com Amarante (2006) “dos homens de boa vontade”, no que tange a figura do médico, como diagnosticador, intérprete, numa relação de força, determinando um sentido de sintomas de forma parcial e fragmentária a um acontecimento, de modo que, as verdades do sujeito se perdem na má vontade das mentiras da ideologia ou nos defeitos de sua estrutura orgânica, sendo-lhe possível apenas a liberdade que lhe convém quando a liberdade real está no desprendimento de si mesmo.

Nessa condição, o autor refere sobre as dimensões coercitivas do saber médico hegemônico, quando trata das desordens, supondo-se então que há uma ordem. Nesse sentido, o sujeito, vítima da desmesura por algum vício,

interpretado como alojado na sede da vontade racional, deve tomar consciência pelas não escolhas que faz, daí os tratamentos morais (AMARANTE, 2006).

Essa interpretação do autor, ilustra o modo como alguns profissionais ainda naturalizam esse modo de compreender o cuidado em saúde, e talvez seja este o norte acerca da dificuldade em cuidar de sujeitos na sua integralidade, de forma a perceber as demandas da população em situação de rua, não na ordem de supressão de sintomas, mas reconhecendo-os como sujeitos e que podem dizer por si.

Subverter a lógica prescritiva, patologizante ou a existência fiel das formas serializadas que inclui, hierarquicamente, relações de poder, para a lógica de cuidado baseada em processos democráticos, implicados em relações de cuidado transversais, através de conteúdos problematizadores, talvez seja uma perspectiva para mudanças, na forma como se percebe o outro (AMARANTE, 2006).

As ruas trazem o cenário da mendicância, errância, de pessoas que lá vivem, e esta cena tornou-se comum nas ruas das capitais ou de outras cidades brasileiras de grande ou médio porte. Nesse sentido, pode-se afirmar que existe um número crescente de pessoas que nelas habitam ou que delas e nelas vivem, seja trabalhando, perambulando, mendigando, em percursos às vezes errantes, mas também definidos por rotinas, locais e horários determinados. Vendedores ambulantes, catadores de material reciclável, flanelinhas ou guardadores, também chamados de “pastoradores” de carros, profissionais do sexo, biscateiros, pessoas que “carregam a casa nas costas”, pessoas que vivem ao léu e tantos outros homens e mulheres são personagens que cada vez mais ocupam os cenários urbanos das cidades brasileiras (NOBRE & MORENO et al., 2018). Estereótipos como perigosos, preguiçosos, coitados, sujos, manipuladores e vagabundos, os cercam e, como apontam Mattos e Ferreira (2004), (re)produzem invisibilidade e opressão.

Os sujeitos da invisibilidade seguem contracenando com discursos envoltos em relatos assistencialistas, impregnados de preconceito, o que lhes desautoriza de seres participantes e cidadãos de direitos na sociedade (PAGOT, 2012).

Essa citação da autora aparece nos relatos dos componentes do CnaR a

seguir:

... jogam o morador de rua... tipo, como se só a gente pudesse atender. Nós atendemos o morador de rua, nós pegamos, não pra fazer limpeza de território, mas pra levar ele pra rede (Água)

... Quando a gente não está junto deles (moradores de rua), eles dizem que podem ficar dias lá próximo à unidade e ninguém chega pra trocar ideia (Terra)

Os discursos assistencialistas que emergem na sociedade não escapam também, no olhar desatento daqueles que atuam na AB, para a população em situação de rua como destacados nos discursos acima, obtidos nas entrevistas.

Nesse sentido, vale ressaltar que nitidamente a proposta de cuidado descrita pelas equipes de CnaR em sua atuação com a população em situação de rua é nitidamente centrada nos usuários e nas suas demandas, sendo denominadas por Franco Merhy (1999), como modelo de atenção usuário-centrada, pautada nas pluralidades, permitindo que, dessa forma, sujeitos estigmatizados e excluídos, possam existir na condição de cidadãos que acessam e legitimam seus direitos.

8 AVANÇOS E ESTRATÉGIAS PARA PRODUÇÃO DO CUIDADO

As estratégias elencadas pelos entrevistados como avanço para a promoção de um cuidado integral, democrático, mais humanizado e igualitário, são desafiadoras, mas remontam os anos 1980 e a Política da reforma sanitária (ZURBA, 2012).

Nesse sentido, pode-se pensar, ainda segundo Zurba (2012), que paralelamente surgem os desafios da reforma Psiquiátrica a todos os profissionais da saúde tão adaptados a uma prática clínica individual-privatista.

Para tanto, as práticas e os desafios do cotidiano, sugerem que se tem ainda muito a caminhar numa perspectiva de mudanças de paradigmas e reinvenções de práticas dialógicas e equânimes.

Esta pesquisa aponta como fundamental o diálogo constante entre os profissionais envolvidos no cuidado, sobretudo das populações vulneráveis, e que vivem constantes processos de exclusão como anteriormente já discutidas neste texto.

... A gente percebe que o vínculo com os gerentes NASF, enfermeiros, médicos residentes e outros residentes vai melhorando com a nossa presença, diálogo constante, sabe. (Constelação)

... Olha tem uma gerente que, é uma menina que nos encontrou em vários distritos sabe...daí onde ela chega, ela tem esse olhar amplo e faz o negócio acontecer. (Sol)

Um dos pontos que devem estar em constante debate é sobre que tipo de saúde e cuidado se quer promover. Uma saúde que amplie o entendimento da população e dos profissionais de saúde, deve ser tratada para além do conceito do que é saúde, que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a definiu, como “Completo bem estar físico, mental e social” na Conferência de Alma Ata em 1978, e deverá conduzir-se pelos determinantes de saúde, ou seja, as condições de vida população (ZURBA, 2012).

Para tanto, as condições de vida da população devem estar pautadas em constantes diálogos e aproximações entre os atores da rede e na perspectiva

do cotidiano dos territórios, dinâmicas e “estilos de vida”.

Na carta de Ottawa os determinantes de saúde incluem como recurso para a promoção da saúde e qualidade de vida “paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade”, contribuindo portanto para um conceito subjacente que “a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida” (BUSS, 2000).

E ainda nesse sentido, Buss (2000) acrescenta que uma das estratégias fundamentais para mudanças significantes dos determinantes em prol da saúde, a capacitação da comunidade para intervir nas condições de saúde individuais e coletivas e a necessidade de mediação dos profissionais para garantir essas condições.

Nesse sentido, os dados da pesquisa apontam que um dos avanços que implicam favoravelmente em mudanças de paradigmas, que envolvam a comunidade são estratégias de ações nos territórios. Os entrevistados apontam estas ações como promovedoras de Educação em Saúde e uma forma inclusiva de interagir com a sociedade como um todo sobre os cuidados para população em situação de rua.

... As atividades coletivas realizadas junto com as USF's, como a que aconteceu no Mosteiro de São Bento, nós mostramos nossa cara, nosso papel, tanto para a sociedade, quanto para os serviços envolvidos. (Sol)
... Então... teve um evento agora com a igreja, RUARTS, CnaR e outros vários serviços que atendem moradores de rua. A gente tem que mostrar mesmo quem somos! (Constelação)

De acordo com Pagot (2012), os “loucos” em situação de rua, em suas relações com a comunidade provoca nestas as mais diversas reações; que vão desde a considera-los como uma figura importante, podendo acolhê-los, trazer fascinação, diversão, ou no extremo, torná-lo invisível, rechaça-lo ou afastá-lo; e ações em saúde que promovam alternativas para que estas diferenças sejam acolhidas são fundamentais.

No entanto, percebe-se que esta prática (mais progressista) ainda luta no cotidiano das ações com pensamentos divergentes impactando negativamente em mudanças necessárias para a oferta e ampliação do cuidado (BUSS, 2000).

O imperativo do sistema capitalista vigente e suas contradições interferem nos modos e qualidade de vida da população, e em um País como o Brasil, no qual as desigualdades acentuam aspectos importantes que fragilizam, sobretudo, os mais vulneráveis, empoderar o coletivo, contribuir significativamente para a tomada de decisões, o desenvolvimento da consciência crítica e o aumento da capacidade de intervenção sobre a realidade (CARVALHO, 2004).

A análise dos relatos dos entrevistados considerou como importante estratégia para avançar no processo de cuidado aos usuários em situação de rua, a ênfase no diálogo contínuo em torno dos processos sociais, econômicos, culturais e políticos no entorno das questões que permeiam essa população.

(...) Hoje, as gerentes e outros profissionais que mais fazem contato e atuam junto com a gente, fazem por conta dos matriciamentos que fizemos. (Estrela)

Um dos pontos percebidos para melhoria do acesso, foi a aproximação e o diálogo no cotidiano dos cuidados compartilhados entre as equipes de CnaR e as EqSF e o matriciamento na rede.

Na medida em que os profissionais se aproximam e problematizam as necessidades ampliadas dos processos necessários de cuidado em saúde às populações, amplia-se as referências para o cuidado em rede e diminui-se os encaminhamentos sem vínculos, amorosidade ou responsabilização compartilhada.

... A gente vai tanto fortalecendo essa forma de como deve ser feito o cuidado compartilhado sabe. Já tem gerentes de unidades de saúde que já ó..., chegou aqui um morador de rua...a gente já atendeu...já dá aquelas possibilidades...já tem um outro olhar. (Estrela)

Para tanto, é possível compreender diante dos relatos dos entrevistados que os avanços quanto aos cuidados compartilhados e em rede são possíveis e potencializam estratégias com ênfase nas demandas e necessidades das pessoas em situação de rua, bem como, na importância do papel na rede de apoio.

... As coisas vêm melhorando, pela própria atuação, pela nossa presença, por tá insistindo tanto...tantos anos insistindo que acaba a gente sendo visto...isso já acontece me algumas unidades. (Sol)

Mais uma vez o CnaR aparece como importante dispositivo da rede para favorecer o acolhimento das demandas da população em situação de rua, uma vez que fortalece a comunicação e constrói possibilidades de cuidado em rede, mais afetivas e efetivas.

Fica claro que, não adianta atender “individualmente” a pessoa “em situação de rua”, mas pensar no contexto ampliado que envolve suas questões, sua história, família, vínculos rompidos, comunidade, uso de substâncias psicoativas e subjetividade.

A atenção às singularidades desta população, bem como, arranjos possíveis diante de histórias e contextos de vida, pressupõe um cuidado de ofertas mais ampliado, com menor rigidez de condutas, nas possibilidades dos dispositivos territoriais, nas demandas atuais, nas possibilidades de cada pessoa na vertente da integralidade do cuidado. São desafios do cotidiano com amparos ampliados e possíveis, como orienta a redução de danos.

Mesmo com as reformas no conceito de saúde que surgiram nos processos de luta, desde a reforma sanitária, na mudança de paradigmas estabelecidos que deram origem ao SUS, resultando em processos de mudanças sociais e que se estabeleceu uma nova consciência sanitária (PAGOT, 2012), ainda percebe-se que, pensar direitos à saúde para àqueles que vivenciam processos excludentes, devem seguir com pautas constantes de discussões e reflexões sobre práticas.

Importante pensar sobre o processo de saúde e doença das pessoas em situação de rua, já que apresentam características especiais, com influência dos determinantes e condicionantes socioeconômicos e coexistência de fatores pessoais intrínsecos, o que justifica a importância de se estabelecer estratégias de atuação singulares e integrais para essa população, como vem sendo desenvolvido pelo Consultório na Rua (CnaR), atualmente vinculado a Atenção Primária à Saúde, que amplia o acesso dessas pessoas à rede de saúde (VARGAS, 2012).

Um dos pontos mencionados como movimento que dinamiza o cuidado às

pessoas em situação de rua diminuindo as contradições no cotidiano dos cenários, é a educação permanente.

... Uma das maiores dificuldades que percebo é a falta de informação. Na maioria das vezes os profissionais nem sabem o que é CnaR. (Sol)

... explicar sobre nosso papel... a gente ajustar novos caminhos que melhorem sabe, caminhos para facilitar o atendimento. (Terra)

... As equipes que já matriciamos, já compreendem melhor a proposta. (Sol)

A política da educação permanente e o matriciamento, seguem em linha de frente como ferramentas que possibilitam a compreensão dos papéis fundamentais de cada serviço da rede, bem como, amplia a capacidade resolutiva de um cuidado colaborativo.

Nesse sentido, a implicação de um Polícia de Educação permanente no âmbito da saúde, que segundo Ceccim (2004), deve ser considerado um desafio, como exigência ético-política, incorporado ao cotidiano setorial, se permeabilizando pelas relações concretas que operam realidade e que permitem construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano (Ibidem).

Ceccim (2004) salienta ainda que a Educação permanente, segue como desdobramento da educação popular, da Educação de jovens e adultos, na proposta freiriana, tecendo um diálogo com a conscientização, como prática de liberdade e mudança, passando pela Pedagogia do oprimido, Pedagogia da esperança, Pedagogia da cidade, pedagogia da autonomia e pedagogia da indignação, bem como as aprendizagens significativas que provém também de Paulo Freire.

Uma proposta que dialoga com a perspectiva de cuidado na política de redução de danos (RD), que tem amparo na lógica antimanicomial e preconiza o cuidado em liberdade com intervenções conduzidas pelo sujeito, incluindo a subjetividade, direitos humanos e cidadania.

Petuco (2011) faz referência à importância da Educação popular em saúde para a Política de Redução de Danos, pois avança na reflexão sobre os problemas relacionados ao uso de drogas na contemporaneidade, bem como sobre o cuidado que deve ser ofertado às pessoas que fazem uso problemático

de substâncias psicoativas e suas consequências. Nesse sentido, o autor citado destaca o modo de cuidado na perspectiva da redução de danos, já que se trata da possibilidade de uma escuta radical do outro, possibilidade de um acolhimento radical das diferenças, uma escuta para além da normatividade, uma escuta que realmente quer dialogar com a diversidade.

Sendo assim, pode-se problematizar sobre a diferença radical das possibilidades de cuidado ofertados pelas equipes do CnaR e por outro lado as dificuldades que operam nas eqSF. De fato, os dados obtidos com a pesquisa apontam para o ato de cuidar do outro, como um ato político em ares de liberdade, como destaca Amarante (2006). Um ato dialógico que aproxima a Política de Redução de Danos, da Educação permanente e o que nos ensina a história dos movimentos da saúde no contexto da reforma sanitária, psiquiátrica e a democracia.

As equipes de CnaR muito têm a ensinar, quanto ao cuidado produtor de autonomia e alteridade. Os discursos a seguir destacam aspectos importantes no ato de cuidado a estas populações com ênfase na singularidade e redução de danos.

... As eqSF muitas vezes nem querem saber da política de RD, ou não sabem mesmo...e fica difícil mesmo cuidar dos usuários em situação de rua. (Estrela)

... Pô meu! O médico olhar pra o cara e dizer que ele não pode beber é cômico. (Sol)

O desconhecimento ou desinteresse das eqSF de um manejo numa perspectiva da redução de danos revela divergências nas intervenções e não contribuem de fato para aspectos que promovam e ressignifiquem os indicadores de saúde da população em situação de rua.

9 ADOECIMENTOS MAIS FREQUENTES DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA PERCEBIDAS PELA EQUIPE DE CNAR

HOMENS	MULHERES
Preconceito/Violências	Preconceito/Gravidez/Violências sexuais
Uso de álcool e outras drogas/ IST's	IST's
Sofrimento psíquico	Uso de álcool e outras drogas/Sofrimento psíquico
Preconceito	Tuberculose
Tuberculose	Doenças gástricas
Doenças de pele	Doenças de pele
Dores em geral	Dores em geral

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vários autores que estudam os espaços das ruas traduzem o fenômeno de fazer das ruas espaço de moradia e as condições que devem ser consideradas, inclusive, como base para a compreensão necessária acerca desta população, seus desafios, enfrentamentos, adoecimentos, sofrimentos psíquicos e usos de substâncias psicoativas. Dentre estas considerações, ampliar o debate com a rede, gestores e sociedade como um todo, reforça o que foi suscitado nesta pesquisa.

Compreender sobre a diversidade de fatores que constituem as necessidades desta população e o que os diferencia da maioria da sociedade, contribui para possibilidades de cuidado mais amplas, que sirvam de ancoragem acerca do entendimento sobre a estreita relação com a loucura e as formas de viver destas pessoas e que produzam efeitos sociais para estratégias com implicações na ordem dos direitos humanos.

Os impactos desta pesquisa estão linearmente endereçados a convocar a sociedade, profissionais da saúde, pesquisadores e leitores interessados na temática como condição fundante, referenciando autores e atores do cotidiano das Políticas Públicas, implicados com um processo de cuidado em saúde, que alcance populações marginalizadas, neste caso, populações em situação de rua, sobretudo, no alcance de questionamentos sobre o acesso precário destes a serviços de saúde.

Diante dos temas que emergiram, foi possível desvelar as dificuldades enfrentadas pelas pessoas em situação de rua quanto ao direito aos cuidados à sua saúde, sendo necessário, a reflexão dos modelos de cuidado ofertados a esta população e dificuldades de acesso às Políticas Públicas de saúde.

Para tanto, faz-se necessário um processo constante de revisão de práticas que promovam e favoreçam o cuidado humanizado como estratégia de atenção integral, com profissionais responsáveis e atentos em um movimento de empatia, com respeito a singularidade do sujeito e às suas formas de vida.

O que se pretende ressaltar a partir dos dados obtidos com a pesquisa, é que o preconceito desfavorece ao cuidado ampliado e ao acesso e no tocante a processos equânimes, espera-se que, as singularidades sejam observadas e o entendimento em torno das dificuldades encontradas pela população em

situação de rua diminuam e a garantia de direitos seja efetiva.

A pesquisa aponta que, a educação permanente, a ocupação de espaços coletivos com ações de redução de danos e a aproximação com a comunidade minimiza o preconceito e a exclusão da população em situação de rua, contribuindo com uma convivência mais plural e próxima da dignidade humana.

Nesse sentido, considera-se importante que gestores invistam e ampliem espaços de debates, com a sociedade, no tocante a favorecer os entendimentos em torno das necessidades da população em situação de rua, investindo sobretudo, para a ampliação e o funcionamento de mais equipes de CnaR, já que estas são apontadas como principais referências para os cuidados desta população, promovendo um cuidado acolhedor, efetivo, autônomo e atento, de acordo com as reais necessidades destas, além de seguirem mediando os acessos na rede, considerando também, o fato de que os próprios usuários reconhecem no CnaR, um dispositivo de referência, já que é o principal ordenador das demandas para este público.

Destaca-se como limitação para esta pesquisa, o fato de não se ter entrevistado os usuários atendidos pelas equipes de CnaR, já que, nem sempre havia carro disponível, para que a pesquisadora acompanhasse as equipes do CnaR aos cenários de cuidado. O que foi informado pelas equipes à pesquisadora, é que o transporte para as equipes, nem sempre está sendo disponibilizado, e muitas vezes estes se locomovem em carros de pequeno porte, não sendo possível nestes momentos atuar conjuntamente com toda a equipe de referência necessária.

Ainda assim, cabe nesta pesquisa, deixar o registro da necessidade de ampliação de Políticas Públicas voltadas para esta população considerando suas demandas.

Reitero, minha admiração a todos que se debruçam sobre os cuidados dos que percorrem as ruas e vivem a céu aberto, como define Pagot (2012), em particular aos que compõem as equipes de CnaR e que lutam pela dignidade humana e pelos direitos efetivos dos “sobreviventes da exclusão”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica.** Cad. Saúde Pública., Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, Jul/Sep, 1995.

AMARANTE, P. **Ensaio: Subjetividade, saúde mental, sociedade.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000 - Reimpressão, 2006.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

AMARANTE, P.; NUNES, M. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade em manicômios,** *Ciência e saúde coletiva* – 2018, Vol.23, nº6.

ANDRADE, L. P.; COSTA, S. L.; MARQUETTI, F. C. **A rua tem um imã, acho que é a liberdade: Potência, sofrimento e estratégias de vida de moradores de rua na cidade de Santos, no litoral da cidade de São Paulo.** Saúde on-line, 2014, Vol. 23 nº4.

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: Trabalho e interação nas práticas de saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

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

BARTH, F. "Etnicidade e o conceito de cultura". In: **Antropolítica: Revista Contemporânea de Antropologia e Ciência Política.** Nº 19. Niterói: EDUFF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica.** n.01/03. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Série Pactos pela saúde. Vol. 4 – 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Humaniza SUS. documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Brasília – DF – Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento

de Atenção Básica. **Revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Portaria Ministerial Nº 336 de 2002**. Brasília – DF, 2002. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em 20 de janeiro de 2014.

BRASIL, Presidência Da República – **Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2010**. Brasília- DF. Disponível em: <www.planalto.gov.br> Acesso em 20 de janeiro de 2014.

BROID, J. **Psicanálise nas situações sociais críticas. Violência, juventude e periferia: Uma abordagem grupal**. Juruá. Curitiba, 2008.

BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 323 p. 1992.

BUSS, R. & SOUZA, C. M. M. **Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário**. Saúde coletiva(on line). 2000. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232000000100002>.

BUSS et al. **Práticas de cuidado e população em situação de rua: O caso do Consultório na rua** – Centro brasileiro de estudos de saúde, Rio de Janeiro – RJ – Revista saúde em debate – 2015.

CARDOSO, A. C. et al. **Challenges and potentialities of nursing work in street medical offices**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2018.

CARNEIRO, J. N. et. al . **Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo**. Rev. Saúde social. São Paulo, 2010.

CECCIM, R. B. **Educação permanente em saúde: Desafio ambicioso e necessário**. Revista Interface- Comunicação, saúde, educação, v.9, Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Porto Alegre, 2004.

CHATTERJEE, P. **Colonialismo, modernidade e política**. Salvador: EDUFBA/CEAO, 2004.

COELHO, E.A.C. **Gênero, saúde e enfermagem**. Rev.bras.enferm.Vol.58, nº3. Brasília – 2005. <https://doi.org/10.1590/50034-71672005000300018>.

COSTA, P. C. P. et al. **Acolhimento e cuidado da enfermagem: Um estudo fenomenológico**. 2006. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004550014>.

DELFIN, L.; ALMEIDA, L.; IMBRIZI, J. **A rua como palco: Arte e (in)visibilidade social.** *Psicologia e Sociedade*, Universidade federal de São Paulo, São Paulo, 2017.

FERRAZZA, D. A. **Psicologia e Políticas Públicas: Desafios para superação de práticas normativas.** Universidade Estadual de Maringá (UEM)-Maringá-Revista Polis Psique,2016

FERREIRA, F. P. M. **Populações em situação de rua, vidas privadas em espaços públicos: O caso de Belo Horizonte.** Belo Horizonte ,2005.

FOUCAULT, M. **História da loucura.** São Paulo: Perspectiva, 1982, 9º Edição.

FRASER, N. “Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça numa era pós-socialista”. In. SOUZA, Jessé (org.). **Democracia hoje: Novos desafios para a teoria democrática contemporânea.** Brasília: EdunB, 2001.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa.** 25ªed. Rio de Janeiro: Editora - Paz e Terra,1999.

FREIRE, P. **Carta de Paulo Freire aos professores. Estudos Avançados**, v. 15, n. 42, p. 259-268, 1 ago. 2001.

GATARRI, F.; ROLMIK, S. **Micropolítica: Cartografias do desejo.** Petrópolis: VOZES, 7ª Edição Revisada, 2005.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa Social.** 6ª Edição: São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, A. M.; GOULART, M. S. B. **História das Santas Casas na Assistência à Saúde Mental mineira no século XIX.** Universidade Federal de Minas Gerais-Tempos Gerais, *Revista de Ciências Sociais e História – UFSJ*, Número #2, 2015 - ISSN: 1516-8727.

GONZALES, R. F. **Um análisis psicológico de los valores; Su lugar e importância em el mundo subjetivo.** La Habana: Ciencias sociales - 1996

GONZÁLES R. F. **A saúde como processo subjetivo: Uma reflexão necessária.** Centro Universitário de Brasília, Brasília, DF, 2016.

LACAN, J. **O Seminário, Livro 5: as formações do inconsciente (1957-1958)/Jacques Lacan: texto estabelecido por Jacques-Alain Miller.** Tradução de Vera Ribeiro. Revisão de Marcus André Vieira. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1999.

LANCETTI, A. **A clínica peripatética.** Editora Hucitec – São Paulo , 2016.

LOBOSQUE, A. M. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos.** São Paulo: HUCITEC,1996.

LONDERO, M. F. et al. **Consultório de/na rua: Desafio para um cuidado em verso na saúde.** <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0738>. Vol. 18, 2014.

LOPES, M. L. **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil -1995 a 2005.** Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília - Brasília, 2006.

LOPES, M. L. **Saúde da população em situação de rua – Um direito humano.** Ministério da Saúde – Secretaria de gestão estratégica e participativa – 2009.

MACIEL, S. C. et al. (Orgs). **Anais do I Congresso Brasileiro sobre Saúde Mental e Dependência Química: Pesquisa, prevenção e intervenção às drogas e seus desafios no mundo contemporâneo.** João Pessoa: Editora da UFPB, 2013.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

MATOS, R. M.; FERREIRA, R. F. **Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre as pessoas em situação de rua.** *Psicologia & Sociedade*, São Paulo, n°16 – 2005.

MERHY. **Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde.** UCITEC- São Paulo, 2007, p. 71 – 112.

MERHY, E. E. “Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua”. In: **Conselho Federal de Psicologia. Grupo de Trabalho de Álcool e outras Drogas. Drogas e cidadania: em debate.** Brasília: CFP, 2012. p. 9-18.

MERHY, E. E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas gerais, Brasil.** Cadernos de saúde pública. Rio de Janeiro, V.15, n°2. 1999.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar: A alma dos serviços de saúde.** Brasil, Ministério da Saúde. 2004.

MERHY, E. E. **O desafio que a educação permanente tem em si: A pedagogia da implicação.** Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, Vol. 9. 2005.

MERHY, E.E. **Pesquisadores in-mundo: Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental.** 1º Edição, Editora UNIDA – Porto Alegre, 2014.

MORI, V & REY, F. **A saúde como processo subjetivo: Uma reflexão necessária-** Centro Universitário de Brasília- Rev. Psicologia teoria e prática, v. 14 – Brasília, 2012.

PAGOT, Â. M. **O louco, a rua, a comunidade: As relações da cidade com a loucura em situação de rua.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

PETUCO, D. **Drogas e cidadania.** Federação Brasileira das Bandeirantes. Porto Alegre, 2011.

PAIVA, I. K. S. et al. **Direito à saúde da população em situação de rua: Reflexões sobre a problemática.** Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 21, 2016.

PEIRANO, M. **Etnografia ou A Teoria Viva.** Ponto Urbe, ano 2, versão 2, o. Núcleo de Antropologia urbana , USP -fevereiro de 2008.

RIBEIRO. C. T. **Que lugar para as drogas no sujeito? Que lugar para o sujeito nas drogas?** Sielo – V.XII, nº 2, junho/dez. 2008 – 333-346. Mimoso do Sul- ES- 2010. Disponível em: www.casareviveres.com.br. Acesso em 29 de janeiro de 2014.

SANTANA, R. M. **O cuidado Colaborativo como dispositivo de promoção da integralidade da Atenção à saúde.** Ribeirão Preto - SP, 2015. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis> . Acesso em 20 de Setembro de 2019.

SANTOS, M. **O dinheiro e o território – Geografia- Ano 1,** p. 7-13; 2003. Disponível em <http://geografia/article/view>. Acesso em 15 de fevereiro de 2020.

SAWAIA B.B. **Psicologia e desigualdade social: Uma reflexão sobre liberdade e transformação social.** Ver. Psicologia & sociedade – São Paulo, 1995.

SAWAIA B. B. “O sofrimento ético político como categoria de análise da dialética” exclusão/inclusão. In: **As artimanhas da exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social.** Nº11 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011; p. 99 a 119.

SAWAIA B. B.; FEITOSA M. Z. **Afetividade, território e vulnerabilidade na relação pessoa ambiente: Um olhar ético político.** Revista de psicologia -Rio de Janeiro, 2003.

SILVA, C. C.; CRUZ, M. M.; VARGAS, E. P. **Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua, SAÚDE DEBATE |** Rio De Janeiro, V. 39, N. Especial, P. 246-256, Dez 2015.

SILVA, C. C. **Atenção primária e população em situação de rua: a prática de cuidado em um consultório na rua da cidade do Rio de Janeiro.** Revista saúde e debate , V. 39 - Rio de Janeiro, 2013.

SILVEIRA, M. G. **Educação em Direitos Humanos: Fundamentos teórico-metodológicos.** João Pessoa: Ed. Universitária, 2007.

SOLLERO, L. **I Fórum de Prevenção ao uso abusivo de álcool e outras**

drogas. Mimoso do Sul- ES- 2010. Disponível: <www.casareviveres.com.br>. Acesso em 29 de janeiro de 2014.

SOUZA, T. M. et. al. **Revisão integrativa: O que é e como fazer.** Einstein, Vol. 8 nº1, São Paulo – 2010.

VARGAS, T. **Consultório na Rua: novas políticas para a população de rua.** Agência Fiocruz de Notícias. Rio de Janeiro -2012.

ZURBA, M. **Psicologia e Saúde Coletiva.** Florianópolis: Ed. Tribo da Ilha, 2012.

12 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a).....

Esta pesquisa investiga sobre o cuidado ampliado da população de rua do município de João Pessoa-PB, acesso e acolhimento às suas demandas em saúde nas Unidades de Saúde dos territórios que compõem os V Distritos Sanitários, na perspectiva dos próprios usuários, bem como, dos profissionais que compõem as equipes de Consultório na rua, e está sendo desenvolvida pela Mestranda Dayse Catão Ramalho, (Mestrado Profissional em Saúde da Família – RENASF, da Universidade Federal da Paraíba), sob a orientação do(a) Professora Doutora Kátia Ribeiro.

O objetivo do estudo é analisar potencialidades e dificuldades do cuidado à população de rua na ESF na perspectiva de usuários em situação de rua acompanhados pelas equipes do CNR no município de João Pessoa.

Solicitamos a sua colaboração para participar da entrevista, como também, sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica (*se for o caso*). Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que esta pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

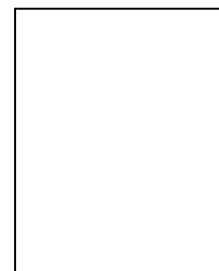
Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (*se for o caso*).

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.


Assinatura do Participante da Pesquisa ou Responsável Legal

OBERVAÇÃO: (em caso de analfabeto) Assinatura da Testemunha



Contato do Pesquisador(a) Responsável: caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o(a) pesquisador(a) Dayse Catão Ramalho

(83) – 988716780, ou Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da *Universidade Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB.*

 (83) 3216-7791 – E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

13 ROTEIRO DA ENTREVISTA

Idade _____ anos

NATURALIDADE:

NACIONALIDADE:

ESTADO CIVIL:

Solteiro (a) ()

Divorciado (a) ()

Casado (a)/ união estável ()

viúvo (a) ()

PROFISSÃO:

FORMAÇÃO:

Graduação () Especialista ()

Mestrado () Doutorado () Ensino médio ()

Em caso de pós graduação cite qual:

TIPO DE VÍNCULO TRABALHISTA:

Efetivo ()

CLT ()

Contratado ()

Outros() TEMPO DE ATUAÇÃO

NO CnaR:

- 1) Em qual das equipes você está vinculado (a) e em quais áreas atua?
- 2) Em qual Distrito Sanitário sua equipe é referenciada?
- 3) Em quais turnos sua equipe faz as abordagens?
- 4) Sua equipe é solicitada com frequência pelas USF'S?
- 5) Quais os motivos para as solicitações e quais as demandas mais frequentes?
- 6) Cite Quais as potencialidades e dificuldades nas articulações com as eqSF que você e sua equipe encontram no cotidiano do trabalho?

- 7) Qual a sua opinião quanto ao acesso dos usuários em situação de rua às USF's.
- 8) Quais as principais causas de adoecimento da população em situação de rua?
- 9) Na sua opinião há dificuldade de acesso dessa população aos serviços de saúde? Por que?
- 10) Quais os cuidados ofertados a saúde da população em situação de rua você identifica nas USF's?
- 11) Na sua opinião os profissionais das eqSF se utilizam da ética do cuidado em redução de danos à população em situação de rua?
- 12) Quais as suas sugestões para minimizar as dificuldades encontradas nos cuidados à população de rua nas eqSF?
- 13) As equipes de CnaR realizam matriciamento na rede? Em caso afirmativo com qual frequência e em quais serviços?
- 14) Há a realização de PTS articulado com os serviços que atuam conjuntamente no cuidado ao usuário?
- 15) Gostaria de citar outras possibilidades para um cuidado em rede mais efetivo?