

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

HEALTH OF HOMELESS PEOPLE: PSYCHOSOCIAL PORTRAITS OF LIFE
SALUD DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE: RETRATOS PSICOSOCIALES DE LA VIDA

Francisco Anielton Borges Sousa ¹

Francisca Denise Silva Vasconcelos (in memoriam) ²

Paulo Henrique Dias Quinderé ³

Ivaldinete de Araújo Delmiro Gemes ⁴

Vitória Ferreira do Amaral ⁵

Como Citar:

Sousa FAB, Vasconcelos FDS, Quinderé PHD, Gemes IAD, Amaral VF. Saúde da pessoa em situação de rua: retratos psicossociais da vida. *Sanare*. 2024;23(1).

Descritores:

Estratégia Saúde da Família;
População em Situação de Rua;
Pobreza.

Descriptors:

Family Health Strategy; Homeless
Population; Poverty.

Descriptores:

Estrategia de Salud de la Familia;
Población en Situación de Calle;
Pobreza.

Submetido:

04/10/2023

Aprovado:

10/01/2024

Autor(a) para Correspondência:

Francisco Anielton Borges Sousa
E-mail: anielton.borges@faculdedef5.com.br

RESUMO

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

1. Prof. Me. da Faculdade 5 de julho e Centro Universitário UNINTA. E-mail: anielton.borges@faculdedef5.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0692-782X>

2. Profa. Dra. da Universidade Federal do Ceará. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3997-7869>

3. Prof. Dr. da Universidade Federal do Ceará. E-mail: pauloquindere@sobral.ufc.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8470-1909>

4. Profa. Dra. da Universidade Estadual Vale do Acaraú. E-mail: ivaldinetedelmiro@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2857-1502>

5. Profa. Ma. da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia. E-mail: victoriaamaral@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4255-2033>

ABSTRACT

The research aimed to understand how Family Health Strategy care is provided based on the perception of professionals from the Family Health Strategy team, as well as of the homeless person. Studying homeless individuals allows for a series of reflections on the position of this group's components in current society and, consequently, on the relationship of such individuals with the rest of the population. Nonetheless, the poverty in which they live and the discriminatory treatment they receive from the government and most city residents is evident. The study is characterized by its exploratory descriptive nature, with a qualitative approach, conducted in the municipality of Sobral, Ceará. Participants in the research included professionals from the Family Health Center and homeless individuals being assisted by the POP Center – individuals with interrupted family ties and without regular conventional housing. By approaching professionals and POP Center users, we can have an insight on the perspective regarding the care for homeless individuals, concerning health policies directed at this population, which has so many peculiarities and complexities.

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue comprender cómo se presta la atención en la Estrategia de Salud de la Familia, a partir de las percepciones de los profesionales del equipo de la Estrategia de Salud de la Familia, así como de las personas sin hogar. El estudio de las personas sin hogar permite una serie de reflexiones sobre la posición de los miembros de este colectivo en la sociedad actual y, en consecuencia, sobre su relación con el resto de la población. Sin embargo, es evidente que viven en la pobreza y reciben un trato discriminatorio por parte del poder público y de la mayoría de los habitantes de la ciudad. El estudio se caracteriza por su carácter exploratorio descriptivo, con enfoque cualitativo, realizado en el municipio de Sobral, Ceará. Participaron profesionales del Centro de Salud de la Familia y personas sin hogar en seguimiento por el Centro POP - con lazos familiares rotos y sin vivienda convencional regular. El acercamiento a los profesionales y a los usuarios del Centro POP nos permitió ver cómo se concibe la atención a las personas en situación de calle desde el punto de vista de las políticas de salud dirigidas a esa población, que presenta tantas particularidades y complejidades.

INTRODUÇÃO

No Brasil existe um número significativo e crescente de Pessoas em Situação de Rua (PSR), com variados modos de relações e de vida, com e na rua. Essa realidade desvela desafios estruturais de garantia da cidadania dessa população em um contexto de invisibilidade social, que atravessa a vida de homens, mulheres, crianças, jovens, adultos e idosos, com diferentes contextos e realidades, mas que têm em comum a condição de pobreza e da violência social. As contingências que levam as suas existências à rua podem variar, englobando desde o uso abusivo de álcool e outras drogas, falta de emprego, rompimento com laços afetivos familiares, violências, bem como podem ser decorrentes de perdas importantes, dentre outras circunstâncias que levam a rua a ser o espaço de moradia e existência^{1,2}.

Estima-se que, em 2021, existiam cerca de 281.472 PSR no Brasil, conforme dados elencados na pesquisa sobre a “Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2021-2022)”, sendo que a região Sudeste concentra mais de 50% do total dessa população.

No entanto, observa-se o crescimento de PSR nas regiões Norte e Nordeste, seguidas por Sudeste e Centro-Oeste³. Além disso, destaca-se que as PSR, geralmente, não usufruem de políticas públicas e não acessam os sistemas de saúde⁴. Nesse sentido, o Centro de Saúde da Família (CSF) – local onde atuam as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), integrante da Atenção Básica da Rede de Atenção Psicossocial, e fundamentado nas diretrizes definidas na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), busca atuar nos diferentes problemas e necessidades das PSR. Em consonância a essa política, Sobral, município localizado na região noroeste do estado do Ceará, Brasil, passou a ser responsável por manter serviços e programas de atenção à PSR, garantindo padrões básicos de dignidade e não violência, bem como a concretização dos direitos de cidadania a esse segmento social.

Em Sobral, o CSF é a porta de entrada aos serviços de saúde, propiciando atenção integral e longitudinal, coordenando o cuidado e prestando atenção à saúde das PSR. Enquanto estratégia para melhor articular o cuidado, o município conta com

três CSF, que atuam de modo direto com o Centro de Referência para a População em Situação de Rua (Centro POP), e esses serviços contam com o apoio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, conforme as necessidades dos usuários.

A PSR é uma problemática social e requer do Estado intervenções que levem em conta como constituir as formas de sobrevivência desenvolvidas. Conhecer os que vivem nas ruas, identificar suas necessidades sociais e a complexidade de seu processo saúde-doença, assim como os motivos que os levaram às ruas é uma condição indispensável para a construção de um modelo de atenção universal, equânime e integral^{5,6}. A existência de PSR representa as contradições gritantes de uma sociedade que tem a seguridade social como direito constitucional e que assegura a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Diante do exposto, buscou-se responder aos seguintes questionamentos: Qual o perfil da pessoa em situação de rua do município de Sobral, Ceará? Quais políticas de saúde são desenvolvidas para essa população na ESF? Como é estruturado o cuidado à população em situação de rua, no âmbito da ESF?

Desse modo, este estudo visa compreender como ocorre o cuidado à PSR, na ESF, a partir da percepção dos profissionais da CSF e das próprias pessoas em situação de rua.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, realizado no período de agosto a setembro de 2019. A pesquisa foi realizada no Centro POP do município de Sobral, Ceará, assim como nos CSF.

O Centro POP de Sobral é um serviço cujo objetivo é promover a reintegração das PSR às famílias e à sociedade, com cidadania e dignidade, e integra o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Esse serviço tem capacidade para 25 atendimentos diários, com almoço, banho, cursos técnicos, acompanhamento especializado e políticas públicas de acesso à cidadania. O serviço funciona desde abril de 2014, prestando atendimento individualizado e escuta especializada de PSR, para então poder encaminhá-las a outros serviços públicos. O Centro POP de Sobral conta como parceiros os CSF, a Secretaria de Educação e Coordenadoria de Habitação

da Secretaria de Conservação e Manutenção Urbana.

A pesquisa teve como participantes seis pessoas em situação de rua com vínculo familiar interrompido e sem moradia convencional regular, sendo acompanhadas pela equipe do Centro POP, e 11 trabalhadores de saúde que atuam no CSF, sendo estes: quatro enfermeiras, um auxiliar de farmácia e seis agentes comunitários de saúde (ACS). Destaca-se que todos os participantes aceitaram participar voluntariamente da pesquisa.

Foram excluídos os trabalhadores que não estavam atuando nesses dispositivos de cuidado há pelo menos um ano e as PSR que tinham algum suporte familiar, bem como aqueles que não aceitaram participar voluntariamente da pesquisa.

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

Objetivando-se a análise das informações, aplicou-se a análise temática segundo Minayo⁷, que se baseia nas etapas: 1) Pré-análise: leitura flutuante, constituição do *corpus*, formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos; 2) Exploração do material ou codificação: busca por categorias, que são expressões ou palavras significativas, em função das quais o conteúdo de uma fala é organizado; e 3) Tratamento dos resultados obtidos/interpretação: o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente, ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material.

O estudo foi realizado em conformidade ao preconizado pela Resolução n.º 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no que se refere às pesquisas envolvendo seres humanos⁷. A pesquisa foi apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 16829519.6.0000.5053. A fim de manter o anonimato dos participantes, utilizaram-se as iniciais PSR para os participantes que estão em situação de rua, e

PS para os participantes profissionais da saúde, seguidas de uma letra do alfabeto, por exemplo: PSR-A e PS-A.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A coleta de dados foi realizada com 11 profissionais do CSF, sendo quatro do nível superior e seis do nível médio: quatro enfermeiras, um auxiliar de farmácia e seis ACS, todos com mais de dois anos de atuação no serviço; e seis PSR, sendo duas mulheres e quatro homens, todos com vínculos interrompidos com suas famílias e há mais de seis meses em situação de rua.

A partir da análise das entrevistas foram elencadas algumas categorias: a organização no CSF, o acolhimento à PSR, o vínculo como um desafio e o autocuidado da PSR.

A organização para o cuidado: o Centro POP é o “centro”

As análises apontaram que o acesso das PSR aos CSF ocorre de maneira contínua, sem a necessidade de haver um protocolo específico para o atendimento desse público. Passam pelo fluxo normal, em que se pode estabelecer um contato com o serviço de referência para o Centro POP. Isso demonstra que não há, por parte dos CSF, uma incorporação dessa população sem que haja construção de preconceitos quanto à sua condição de estar em situação de rua.

Quando indagados os sujeitos da pesquisa sobre o acesso da PSR ao serviço de saúde e qual fluxo é ofertado no CSF, foi possível perceber que mesmo sendo frequente o acesso deles e as peculiaridades que apresentavam, não existia distinção na organização do serviço, como pode ser observado na fala do profissional de saúde:

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

é o Centro POP (PS-D).

Com isso, percebe-se que existe um acesso fácil para o atendimento, porém segue um fluxo que não garante a permanência do sujeito no CSF, pois o tempo do sujeito que está nas ruas é diferente dos demais, principalmente quando ele tem alguma ocupação; com isso, ele pode não aguardar numa fila para a consulta médica, odontológica ou de outros profissionais.

Não há uma responsabilização da unidade nem do Centro POP, então essa pessoa fica solta [...] se tiver um paciente de tuberculose, como a gente vai fazer? Onde eu vou encontrar ele? Como eu vou colocar o ACS desta área para ir para outra área atrás daquele indivíduo que está em tratamento de tuberculose? [...] (PS-D).

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

Além disso, a PSR tem uma heterogeneidade e um limite diferente em sua capacidade de pertencer e incluir-se na cidade. Observa-se que “alguns elementos são comuns a essa população, como o isolamento e a dificuldade de estabelecer contato”⁸:

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

Outro ponto de destaque é que também dificulta a população em situação de rua a ter acesso à saúde é a falta de documentos, pois muitos deles perderam, foram assaltados ou têm alguma pendência judicial

e têm receio de serem identificados, entre outros motivos. Por ser necessário apresentar alguns documentos para acessar os serviços de saúde, ficam restritos a esse cuidado básico:

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

A ESF, implementada em seus atributos de primeiro contato, vínculo longitudinal, integralidade e coordenação da atenção, deveria estar apta a prestar o cuidado integral a populações vulneráveis, como a dos moradores de rua. Sistemas de Saúde com forte referencial na ESF são mais efetivos, mais satisfatórios para a população, têm custos menores e são mais equitativos, mesmo em contextos de grande iniquidade social. As PSR, quando questionadas sobre seu acesso ao CSF, apontaram que buscavam sempre o apoio do Centro POP como esse intermediador, por ser mais fácil e uma garantia de ter a necessidade assistida:

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

O acolhimento nas unidades básicas: o vínculo como um desafio

O acolhimento é fundamental na responsabilização da equipe e também contribui na formação de vínculo com o usuário, uma vez que a demanda apresentada por ele deve ser acolhida, executada, problematizada e reconhecida como verdadeira^{9,10}. Ainda que seja necessário programar o acompanhamento das pessoas nas agendas profissionais, é indispensável que os CSF estejam abertos e preparados para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades e os imprevistos. Entretanto, quando isso se trata da PSR, a equipe tem uma dificuldade de executar, como pode ser visto na fala a seguir:

No posto de saúde, eu sempre atendo, geralmente chega aqui com um corte, coisas básicas, porque eles não têm um

acompanhamento nas unidades, porque eles andam em muitos locais e não tem prontuário; eu nunca atendi paciente morador de rua com prontuário até porque eles não têm residência fixa (PS-C).

Percebe-se nesse discurso que existe uma atenção para a PSR e suas especificidades, de modo que os profissionais tentam fazer o cuidado de uma maneira diferenciada, promovendo direitos ao sujeito, porém o contexto em que estão inseridos a PSR e o profissional da Atenção Básica não favorece esse estreitamento do cuidado, pois o estigma se torna uma barreira entre eles.

Eu vejo aqui no posto. Quando eles vêm do Centro POP, eles se identificam que são do Centro POP, muitos deles chegam alcoolizado, agressivo... eles querem ser atendidos logo, não têm paciência para esperar (PS-F).

Nesse caso, o uso de substâncias psicoativas por PSR não se liga unicamente à sensação de prazer, mas correlaciona-se também às sensações de euforia, poder, alterações psíquicas contra a triste realidade à qual estão submetidas, entre outros. Constitui-se, então, como uma ferramenta química para amenizar as consequências de um sintoma da insanidade social que exclui esses cidadãos de direito^{1,11}. Alguns sujeitos que vivem nas ruas trazem em seus discursos o uso de substância como algo que prejudica a saúde e o processo de cuidado:

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

O vínculo como um desafio

A situação de rua é geralmente relatada como advinda de processos sociais, políticos e econômicos excludentes, "encerrando em si o trinômio exprimido pelo termo exclusão: expulsão, desenraizamento e privação"¹². Não raramente é também relacionada à fragilização ou ao rompimento de vínculos outrora configurados¹³⁻¹⁷, o que evidencia os processos de resistência, enfrentamento e ressignificação vividos

por esses indivíduos.

É comum o encontro com o termo vínculo quando em menção ao vínculo de apego, ressaltado por autores como Ainsworth¹⁸ e Bowlby¹⁹ em suas teorias, que comportam categorias diversas como: seguro, ansioso-ambivalente, inseguro-evitativo e ansioso-desorganizado, sempre considerando o par mãe-bebê. Para esse último, o apego é um mecanismo básico do ser humano, que corresponde a uma necessidade de proteção e segurança. Esse vínculo se estabelece nas primeiras relações durante a infância, que iniciam o que depois se generalizará nas expectativas sobre si mesmo, os outros e o mundo em geral, com implicações importantes na personalidade em desenvolvimento¹⁹.

Durante as entrevistas com os profissionais da ESF, um dos pontos elencados como maior desafio a ser trabalhado com a PSR é o vínculo:

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

Diante dos discursos, pode-se perceber uma vinculação fragilizada por parte da equipe do CSF quando se deparam com a realidade da PSR, de modo que existe uma relação diferente dos demais usuários que utilizam o CSF. Para Hinde²⁰, um relacionamento envolve uma sequência de interações, ou seja, intercâmbios entre dois indivíduos limitados no tempo. Pela carga de fatores subjetivos, como expectativas, emoções e atitudes que o permeiam, é possível afirmar, ainda, que um relacionamento pode continuar mesmo que as interações já não se deem. Quanto a isso, observa-se que grande parte das pessoas em situação de rua parece não assumir o isolamento como algo próprio do manejo de suas vidas. Nesse sentido, Kunz¹⁵ pondera que “o viver na rua não se garante com práticas de isolamento e sem trocas, faz-se necessário tecer redes de solidariedade. Quem cai na rua não tem como viver sozinho. Para ser aceito ‘não pode ser um parasita’ [...]”.

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

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

Frangella²¹ põe em xeque a estabilidade desses novos vínculos ao afirmar que a formação de grupos de indivíduos em situação de rua é norteadada pela espacialidade e pela temporalidade, que se pautam na mobilidade contínua e na inconstância. Dessa forma, as relações teriam por característica a efemeridade, que acaba por trazer consigo desconfiança e reserva entre os pares. Assumindo a perspectiva adotada por Frangella²¹, seria possível dizer que, muitas vezes, as relações se resumem a interações, ou seja, relações limitadas no tempo²⁰.

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

Outro fator que contribui significativamente para a não vinculação é a questão do preconceito da sociedade em relação a esses indivíduos, pois as pessoas desprovidas de família, emprego, residência e bens materiais são taxadas pela sociedade de mendigos, indigentes, desocupados, vagabundos e uma série de outros estereótipos, dos quais a cidadania assume papel coadjuvante.

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

Silva²² caracteriza a construção de novos vínculos como não menos expressivos do que os rompidos ou enfraquecidos na e/ou pela situação de rua. Segundo ele:

A carência material não compreende ausência de vínculos, mas reporta para a invenção de novas conexões de interação no meio

público; e para a construção de sistemas de significados que definem papéis, vinculam e constituem agenciamentos coletivos que exploram a rua como um espaço social possível.

Casado²³, por sua vez, afirma não ser possível falar em relacionamentos de uma forma geral sem considerar uma constante evolução. Assim, ao longo do tempo, são originadas novas configurações, mediante o surgimento de novos vínculos e deterioração de outros. Nesse sentido, apesar de formas de ressocialização serem propostas com frequência na literatura²⁴, parece pouco provável que indivíduos em situação de rua venham a estabelecer relacionamentos com configurações idênticas aos de quando eram domiciliados.

O autocuidado da PSR: esperando a ajuda de Deus

A PSR é facilmente reconhecida devido à forma como se apresenta, geralmente com vestes sujas e sapatos surrados, denotando seu estado de vulnerabilidade pela sua condição, e expressando sua singularidade nos pertences que carrega. Perante esse contexto, tem-se que o universo social dessa população não é criado ou escolhido por indivíduos que vivem nessa condição, mas foi criado por circunstâncias alheias à sua vontade, tornando-se uma subcultura, mesmo que limitada ou incompleta. Para os sujeitos desta pesquisa questionou-se como eles cuidavam da saúde:

Eu escovo os dentes normalmente, eu tomo banho normalmente... (PSR-A).

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

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

Observa-se que a manutenção da higiene pessoal foi uma questão trazida pelos informantes como associada ao cuidado da saúde. No cotidiano nas ruas, os cuidados higiênicos, como banho, escovação de dentes, raspagem de barba e lavagem de roupas são realizados no Centro POP geralmente pela manhã,

com regularidade. Em geral, são usados produtos higiênicos, os quais são, muitas vezes, ofertados pelo serviço ou por doações de grupos religiosos. Nesse contexto, muitos destacam a importância do acesso à higiene, pois isso permite cuidar da aparência.

Apesar das difíceis condições de vida, as pessoas entrevistadas tenderam a fazer uma avaliação positiva de suas condições de saúde. Alguns relataram apresentar dores de cabeça, problemas gastrointestinais, gripes, pequenos ferimentos ou problemas de visão, dentre outros. Segundo os participantes da pesquisa, as pessoas que vivem nessa situação só podem é se agarrar, primeiramente, a “Deus”, pois não têm outras formas de apoio social e de estrutura que possam garantir-lhes suporte, por isso se agarram a ideias fantasmagóricas de que existe algo divino que possa os salvar e proteger. Afinal, foram abandonadas pelo “Estado”, pela família e são discriminadas pela sociedade, não são bem-vistas, usam drogas e, provavelmente, não possuem um lar:

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

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

[...] aí, fui parar na rua, desde fevereiro desse ano que eu estou nessa situação... eu estou péssima, inchada, estou com 85 kg de inchaço; ontem estive no médico, ele disse que estou com o coração gravíssimo, problema de coração, eu estou tomando remédio muito pesado para eu dormir na rua... (PSR-D).

Como mostra Boltanski²⁵, a percepção repetida do corpo está intimamente associada à forma como as pessoas se inserem na hierarquia social e como ganham a vida. Para as pessoas em situação de rua, o corpo é seu único bem e instrumento indispensável

para a garantia da sobrevivência. Contrariamente, à medida que se desce na hierarquia social, há uma utilização máxima do corpo como instrumento de subsistência, através da capacidade de resistência e trabalho. Problemas de saúde que não afetassem a capacidade de trabalhar ou de locomover-se para buscar alimentos foram relativizados pelos interlocutores, diante da necessidade de garantir a sobrevivência.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa permitiu identificar a percepção dos trabalhadores com relação às PSR, trazendo um saber ideológico constituinte dos processos de trabalho dos profissionais que integram as equipes da ESF, bem como o olhar dessa população sobre a ESF e as maneiras de desenvolver o autocuidado.

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

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

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

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

Nos discursos das PSR foi possível a identificação de que a maioria tinha uma preocupação com a saúde

e utilizava o Centro POP como um meio mais viável para conseguir acessar o CSF; outros, entretanto, não tinham o hábito de frequentar os serviços de saúde.

Ao descortinar essas contradições no cotidiano do trabalho, apontam-se limites a serem superados no âmbito do processo de trabalho da ESF. Para que se consiga avançar na direção da integralidade do cuidado, cabe à gestão municipal e aos trabalhadores a responsabilidade de reorientação do modelo assistencial a partir da efetivação dos princípios orientadores da APS.

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

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Francisco Anielton Borges Sousa e Francisca Denise Silva Vasconcelos (*in memoriam*) contribuíram com o delineamento, a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Paulo Henrique Dias Quinderé** contribuiu com o delineamento da pesquisa e a revisão crítica do manuscrito. **Ivaldinete de Araújo Delmiro Gemes** contribuiu com o delineamento, a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Vitória Ferreira do Amaral** contribuiu com a realização da pesquisa e a redação do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Tondin MC, Barros Neta MAP, Passos LA. Consultório de rua: Intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. Rev Educ Pública [Internet]. 2013 [cited 2023 Oct 01];22(49/2):485-501. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-20972013000300007
2. Cruz JDR, Taquette SR. Viver na rua: vulnerações e a bioética da proteção. Rev Bioét [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 01];28(4):637-46. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/WxKbcZgTbYhbmLVTKZvGFGL/?lang=pt>
3. Natalino M. Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2022) [Internet]. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2022 [cited 2023 Oct 01]. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/11604>

4. Medeiros FC, Matos ACV, Pagnussat E, Oliveira IMFF. Entre a benesse e o direito: as políticas de atendimento à população em situação de rua na América Latina. *PsicolEstud* [Internet]. 2020 [cited 2023 Out 01];25:e45025. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/45025>
5. Bottil NCL, Castro C, Ferreira M, Silva AK, Oliveira L, Castro AC, et al. Condições de saúde da população de rua da cidade de Belo Horizonte. *Cad Bras de Saúde Ment* [Internet]. 2009 [cited 2023 Out 01];1(2):164-79. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68482>
6. Jesus AADS, Lisboa MS. Atenção à saúde da população em situação de rua no Brasil: uma revisão de literatura. *Rev Psi Divers Saúde* [Internet]. 2022 [cited 2023 Out 02];11. Disponível em: <https://journals.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/3939>
7. Minayo MC S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciê Saude Colet* [Internet]. 2012 [cited 2023 Out 02];17(3):621-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica [Internet]. Ministério da Saúde; 2013 [cited 2023 July 11]. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf
10. Alexandre V, Vasconcelos NAOP, Santos MAD, Monteiro JFA. O acolhimento como postura na percepção de psicólogos hospitalares. *Psicol cienc prof* [Internet]. 2019 [cited 2023 Out 02];39:e188484. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/3K6KrimmF4WFt7ftFNH7Zdwt/>
11. Inoue L, Bellini LC, Paiano M, Haddad MDCL, Marcon SS. Percepções de vida e perspectivas de futuro de usuários de drogas. *SMAD Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drog* [Internet]. 2019 [cited 2023 Out 02];15(2):52-9. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762019000200008
12. Brasil. Governo Federal. Política Nacional para inclusão social da população em situação de rua [Internet]. Brasília; 2008 [cited 2023 July 11]. Disponível em: https://www.justica.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2019-08/pol.nacional-morad.rua_.pdf
13. Escorel S. Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.
14. Hungaro APC, Soares EC. Moradores de rua e família: aproximações e incompatibilidades. In: 12º Congresso de Iniciação Científica, 6a Mostra de Pós-graduação. São Paulo: Brasil; 2009.
15. Kunz GS. Os modos de vida da população em situação de rua: narrativas de andanças nas ruas de Vitória/ES [master's thesis]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2012.
16. Mondragón-Sanchez EJ, Pinheiro PNC, Barbosa LP. Health inequalities among homeless adolescents. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet] 2022 [cited 2023 Out 02];30(spe):e3756. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6250.3756>
17. Prates JC, Prates FC, Machado S. Populações em situação de rua: os processos de exclusão e inclusão precária vivenciados por esse segmento. *Temporalis* [Internet]. 2011 [cited 2023 Out 02];11(22):191-216. Disponível em: <https://doi.org/10.22422/2238-1856.2011v11n22p191-216>
18. Vargas J, Ibáñez E, Javier S. Evaluación de vínculo en adolescentes problemáticos. *Rev Electrónica de Psicología Iztacala* [Internet]. 2005 [cited 2023 Out 02];8(3):[aprox. 27 p.]. Disponível em: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/19417/18393>
19. Bowlby J. Apego e perda: apego - a natureza do vínculo. Em: Apego e perda: apego - a natureza do vínculo. 3rd ed. São Paulo: Martins Fontes; 2021.
20. Hinde RA. Relationships: A dialectical perspective. Hove: Psychology Press; 1997.
21. Frangella SM. Corpos urbanos errantes: uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo. São Paulo: Annablume, Fapesp; 2009.
22. Silva MLL. Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005 [master's thesis]. Brasília: Universidade de Brasília; 2006.
23. Pinheiro MCO, Silva AM, Sebastián-Heredero E. Caracterização das relações interpessoais entre alunos com deficiência intelectual e seus pares. *Psicol Esc Educ* [Internet]. 2021 [cited 2023 Out 02];25:e287839. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-35392021227839>
24. Sicari AA, Zanella AV. Pessoas em Situação de Rua no Brasil: Revisão Sistemática. *Psicol cienc prof* [Internet]. 2018 [cited 2023 Out 02];38(4):662-79. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-703003292017>
25. Boltanski LUC. As classes sociais e o corpo. São Paulo: Graal Editora; 1985.

