

O cuidado a população em situação de rua: dilemas e desafios para a implementação dos consultórios na rua

Care for the population in street situations: dilemmas and challenges for the implementation of street consultants

Atención a la población en situación de calle: dilemas y desafíos para la implementación de oficinas de calle

Recebido: 20/05/2022 | Revisado: 10/06/2022 | Aceito: 15/06/2022 | Publicado: 19/06/2022

Amanda Vargas Pereira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5953-3712>
Fundação Técnico Educacional Souza Marques, Brasil
E-mail: amanda.pereira@ftesm.edu.br

Jaqueline Teresinha Ferreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7662-1773>
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
E-mail: jaquetf@gmail.com

Resumo

O presente trabalho traz uma reflexão acerca de como se construiu o cuidado e atenção à saúde para a população em situação de rua no Brasil. Trata-se de uma população cercada por estigmas e a quem tudo falta, por esse motivo essa construção se deu de forma lenta e começou com um forte caráter assistencialista. Com a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica instituiu-se um modelo de cuidado específico para o atendimento de dita população, o Consultório na Rua (CnaR), em que as equipes realizam atendimentos em circunstâncias distintas daquelas que estão habituados. Destacam-se as inúmeras dificuldades inerentes a esse processo, tais como a dificuldade de intersectorialidade e as barreiras burocráticas que impedem o acesso destes ao cuidado contínuo. Conclui-se que o profissional que atua na equipe do CnaR precisa entender o processo saúde-doença dessas pessoas e praticar uma escuta qualificada, com posicionamento ético, além disso, devem romper a barreira da padronização para oferecer um cuidado humanizado, singularizado, qualificado, com uma escuta sensível, capaz de efetuar um acolhimento do usuário e de suas demandas.

Palavras-chave: Consultório na rua; Intersetorialidade; Processo saúde-doença, Pessoas em situação de rua.

Abstract

The present work brings a reflection on how care and health care was built for the homeless population in Brazil. It is a population surrounded by stigmas and lacking everything, for this reason this construction took place slowly and began with a strong welfare character. With the reformulation of the National Primary Care Policy, a specific model of care was instituted for the care of this population, the Consultório na Rua (CnaR), in which the teams provide care in circumstances different from those they are used to. The numerous difficulties inherent to this process are highlighted, such as the difficulty of intersectionality and the bureaucratic barriers that prevent their access to continuous care. It is concluded that the professional who works in the CnaR team needs to understand the health-disease process of these people and practice a qualified listening, with an ethical positioning, in addition, they must break the barrier of standardization to offer a humanized, singularized, qualified care, with a sensitive listening, capable of welcoming the user and his demands.

Keywords: Office on the street; Intersectionality; Health-disease process; Homeless persons.

Resumen

El presente trabajo trae una reflexión sobre cómo se construyó el cuidado y la atención a la salud de la población sin hogar en Brasil. Es una población rodeada de estigmas y carente de todo, por ello esta construcción se dio lentamente y comenzó con un fuerte carácter asistencial. Con la reformulación de la Política Nacional de Atención Primaria, se instituyó un modelo de atención específico para la atención de esta población, el Consultório na Rua (CnaR), en el que los equipos brindan atención en circunstancias diferentes a las que están acostumbrados. Se destacan las numerosas dificultades inherentes a este proceso, como la dificultad de la intersectorialidad y las barreras burocráticas que impiden su acceso a la atención continua. Se concluye que el profesional que actúa en el equipo del CnaR necesita comprender el proceso salud-enfermedad de estas personas y practicar una escucha cualificada, con un

posicionamiento ético, además, debe romper la barrera de la estandarización para ofrecer una atención humanizada, singularizada. Atención calificada, con una escucha sensible, capaz de acoger al usuario y sus demandas.

Palabras clave: Oficina en la calle; Intersectorialidad; Proceso salud-enfermedad; Personas sin hogar.

1. Introdução

A fim de contextualizar os preceitos norteadores deste estudo, revelou-se importante analisar o conceito de pobreza e a visão dos pobres, demonstrando a diferença entre a abordagem relativizadora e a relacionada à linha da pobreza (Cohn A., 2009). A primeira não considera a renda como indicador preponderante para a pobreza e se fundamenta em diversas situações em que o indivíduo se encontra e que agem no sentido de excluí-lo de um sistema de direitos, incluindo o acesso a uma assistência à saúde que atenda aos requisitos compatíveis com o exercício de sua cidadania (Marsiglia RG, 2005).

Diante das várias facetas da conceituação de pobreza é importante citar os conceitos de pobreza absoluta e relativa. A primeira diz respeito às condições básicas para se sobreviver. A segunda se dá quando há satisfação parcial das necessidades de vida em dada sociedade (Brasil, 2012b). No entanto, a redução da pobreza não se resume a aumento da renda ou garantia de condições básicas de sobrevivência, mas na inclusão dos atingidos pela pobreza na sociedade (Santana, 2014).

Embora não considerem que o conceito de pobreza esteja diretamente ligado à renda, os autores supracitados defendem que seu uso como critério de mensuração e definição é majoritário (Engstrom & Teixeira, 2016). Em economias capitalistas é tendência estabelecer um valor mínimo necessário para a subsistência. Uma crítica realizada à adoção desse paradigma é que ele considera apenas fatores relacionados ao bem-estar físico, negligenciando o que realmente é necessário para se viver em determinado país ou cultura (Rosa et al., 2005).

Do ponto de vista socioantropológico, as referências em relação ao conceito de pobreza são bem relativizadas. A pobreza é vista como uma condição situacional, em que os indivíduos sobem e descem da hierarquia social. Nesse sentido, a condição de moradia é um referencial importante, de modo que “malocas”, casas de madeira ou alvenaria indicam o status do indivíduo (da Silva et al., 2020). A casa de alvenaria, é um sinal de prestígio em relação às malocas (da Silva et al., 2020).

Além disso, cidadania e participação na sociedade são importantes para o entendimento da pobreza. No entanto, é preciso considerar que as necessidades básicas são requisitos quase sine qua non para a participação, visto que sem nutrição e padrões de vida decentes quase todas as atividades humanas se tornam impossíveis de serem realizadas (Silva et al., 2015).

É importante ressaltar que a pobreza possui cor específica: negra, além disso, a economia das relações “senhor/escravo” sobrecarregam os negros nas partes inferiores de cada classe ocupacional. O negro passa a constituir, após a abolição formal da escravidão, o subproletariado, e as imagens dessa classe têm sido usadas para influenciar as oportunidades e o estilo de vida das pessoas em todos os extratos da população negra (Magni CT., 1994).

Ainda no contexto das visões acerca da pobreza, verifica-se que os corpos dos pobres - principalmente a População em situação de rua (PSR) - carregam as memórias do que lhes foi impresso pela sociedade e podem ser vistas através de traços físicos voluntários e involuntários, assim como em posturas e condutas que revelam valores sociais (Macerata et al., 2014).

No decorrer da história, vários atributos foram dados aos pobres, de carente a perigoso, impuro e/ou louco. O conceito de criminalização da pobreza ou da miséria se refere às práticas sociais e estatais que visam dar conta do excedente da miséria não administrável pelas políticas públicas (Macerata et al., 2014).

Diante disso, a intervenção do estado na vida social possui função quase pastoral ao desenvolver inúmeras relações complexas, ininterruptas e contraditórias. Nesse contexto, cabe ao Estado zelar pela vida dos cidadãos, outorgando-lhe o direito de controlar, higienizar e punir a pobreza, bem como escolher os beneficiários de direitos. São nessas construções que se apoiam o exercício da tutela de desqualificação, que segue o modelo burguês da “situação irregular”, da “situação de delinquência” e acaba por criminalizar a pobreza (R. R. da Silva et al., 2021).

População em situação de rua: construção histórica de propostas para o cuidado

A diferenciação entre *homeless* - que nos Estados Unidos refere-se àqueles indivíduos que estão em habitações que não atendem a padrões mínimos de habitabilidade - e *roofless* ou *houseless* aparece na distinção entre o segmento dos sem-teto e a população de rua nas cidades brasileiras. A referência explícita à moradia na identificação de moradores de rua é feita de forma ampla, conforme pode ser observado nos termos sem-teto (*homeless*) - usado principalmente nos Estados Unidos - ou em “*sans domicile fixe*” - utilizado na França. Tal referência vincula a noção de direito a uma residência permanente (Fonseca C., 2004).

Ao pobre, em especial ao morador de rua, recaem estigmas corporais e/ou morais. Utilizando a perspectiva de Goffman nota-se que as próprias políticas públicas em relação à (PSR) corroboram esses aspectos. Um exemplo encontra-se nas “exigências formais” de documentos e endereço para um grupo que não dispõe desses recursos, criando entraves burocráticos e falta de intersetorialidade entre essas políticas (Moraes NP., 2016).

Além de não resolverem o problema da PSR, tais normas advindas do assistencialismo reverberam a estigmatização. Por isto faz-se necessária a criação de políticas públicas que garantam acesso ao emprego, moradia, saúde e educação para essa população, que contribuam para a superação da invisibilidade e vulnerabilidade que essas pessoas se encontram, além de reinscrever aqueles que vivem na rua e da rua em um modo simbólico cidadão (Moraes NP., 2016).

Nesse sentido, a políticas sociais ofertadas no Brasil à PSR além de cobertura insuficiente, funciona como um segundo mecanismo de exclusão, tendo em vista que não são tratados como grupo populacional (Silva MLL., 2019). Diante disso, os limites quanto à abrangência e cobertura de políticas sociais ofertadas a essas pessoas são importantes, principalmente do ponto de vista da natureza focalizada e seletiva dos programas dirigidos ao acolhimento temporário em albergues ou moradias provisórias (Carvalho SMC., 2014).

Contextualização das políticas públicas para assistência social e saúde da população em situação de rua no Brasil: o princípio de uma inquietação

A construção de propostas para o cuidado da PSR no Brasil tem sua história relacionada aos movimentos sociais e filantrópicos. Nas décadas de 1970 e 1980, a Pastoral do Povo da Rua, da Igreja Católica, iniciou um movimento de organização de pessoas em situação de rua (Goffman, 1980). Tal iniciativa foi responsável pela implantação de casas de assistência a pessoas em situação de rua, pela organização de movimentos de representação popular, sobretudo para catadores de material reciclável, além da realização de eventos e comemorações de mobilização social de cunho local (Wacquant, 2003).

As instituições de apoio à PSR uniram-se para a afirmação do acesso dessa população ao direito humano, à vida e à dignidade. Ou seja, buscaram superar o caráter assistencialista e repressor da ação junto à essa população priorizando a organização e o protagonismo como recursos de resgate de direitos e cidadania dessas pessoas. Por meio das Pastorais do Povo da Rua, essa população passou a ocupar espaços públicos para reivindicar melhores condições de vida (Prates et al., 2010).

Em 1988, a promulgação da Constituição Cidadã implementou um marco no campo dos direitos de cidadania, reconhecendo como direitos sociais o acesso à educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, previdência social, segurança e lazer, além de proteção à maternidade e infância e assistência aos desamparados (Brasil, 2011). Assim, a partir do final da década de 1980 e, durante a década de 1990, a pauta de política social para a PSR começou a ser incorporada na agenda de alguns governos municipais, surgindo as primeiras iniciativas para a criação de políticas públicas de atenção e inclusão social de pessoas em situação de rua (Brasil, 2011).

Em 1993, a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Belo Horizonte cria o Programa de População em Situação de Rua e monta o Fórum de População em Situação de Rua. E em 1998, foi o município precursor na realização de um censo específico para a PSR tentando reorientar a lógica dos serviços de saúde ofertados para esse grupo.

A partir das experiências exitosas em Belo Horizonte e São Paulo com moradores de rua e catadores, o Fórum Nacional de Estudos sobre população de rua, criado em 1993, pela Fraternidade das Oblatas de São Bento reuniu técnicos e agentes envolvidos em projetos de apoio a esses grupos. A partir de cooperativas e associações em que se organizavam esses trabalhadores, surgiram outros eventos como “marcha a Brasília” e Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis (Sampaio, 2014).

Em 2002, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte fundou a primeira equipe de Saúde da Família exclusiva para o atendimento da população sem território, que passou a ser a equipe de referência para esse grupo. Em seguida, o município de São Paulo introduziu suas primeiras equipes de Saúde da Família para a PSR por intermédio do Programa “A Gente na Rua”. Na sequência, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Curitiba implantaram suas primeiras equipes. Os primeiros censos municipais para estudo dessa população foram realizados pelos municípios de Belo Horizonte, São Paulo, Porto Alegre, Recife e Rio de Janeiro (Reis Junior, 2011).

Entre os dias 19 e 22 de agosto de 2004, no centro da cidade de São Paulo ocorreu um episódio violento contra um grupo de pessoas em situação de rua que dormia na Praça da Sé por parte de agentes do estado. O episódio fez com que as experiências existentes em Belo Horizonte, São Paulo e Porto Alegre se unissem para lutar contra a impunidade e a violência, o que possibilitou que a questão se tornasse parte da agenda do governo Federal (Pereira, 2011).

No mesmo ano de 2004, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) reconheceu a atenção à PSR no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). De acordo com o texto, a proteção social oferecida, especialmente às PSR, priorizará serviços que promovam organização de novo projeto de vida, objetivando condições de que conquistem referências sociais, como sujeitos de direitos (Brasil, 2006).

Em 2005, surge o Movimento Nacional de População da Rua (MNPR), de abrangência nacional que se tornou protagonista no processo de participação dessa população na esfera federal. A articulação e a organização da sociedade civil em prol da PSR têm sido fundamentais para pressionar o poder público na conquista de leis e políticas que garantam tratamento digno pelo Estado brasileiro (Brasil, 2005).

Também em 2005, o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), por meio da Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS), organizou e realizou em Brasília o Primeiro Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, cujo objetivo foi discutir os desafios e estratégias para a construção das políticas públicas para dita população. Um projeto que pela primeira vez, a inclusão dos ‘invisíveis’ torna-se importante. No mesmo ano, foi incluída na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), a prerrogativa de que na organização dos serviços da Assistência Social deverão ser criados programas destinados às pessoas em situação de rua (Sampaio, 2014).

A Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua realizada em 2008, foi um avanço, no sentido que a partir desta, gestores públicos acessaram informações em nível nacional sobre essa população, tendo em vista que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) só realiza coleta de dados com base no domicílio, ou seja, a PSR não era incluída em censos oficiais (Brasil, 2012a). Ainda em 2008, foi aprovada a Política Nacional para Inclusão de Populações em Situação de Rua. Vinculada à Secretaria Nacional de Direitos Humanos, essa política prevê que para o enfrentamento dos processos de realização são fundamentais ações integradas de assistência, cultura, saúde, entre outros (Brasil, 2011).

Em 2009, foi criada Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, documento que visa serviços destinados ao atendimento à PSR na Proteção Social Especial (PSE), como o Serviço Especializado em Abordagem Social; o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua; o Serviço de Acolhimento Institucional (que inclui adultos e famílias em situação de rua) e o Serviço de Acolhimento em República (que inclui adultos em processo de saída das ruas) (Prates et al., 2016.).

Outro marco político de extrema importância foi a instituição da Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPSR). O Decreto Presidencial nº 7.053/2009 determina a criação de serviços especializados para a PSR, que devem associar-se à rede de saúde e assistência. Uma de suas funções é garantir o cuidado, atendimento e ações que assegurem a construção de um projeto de vida, que deve adotar a concepção do fortalecimento de vínculos interpessoais e familiares, quando desejado pela pessoa (Goffman, 1980).

O decreto nº 7.053/2009, instituiu o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para População em Situação de Rua (CIAMRua), por meio do qual, o governo e a sociedade civil garantem a continuidade do processo de construção de políticas nacionais destinadas a essa população. Cria também o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua, o Centro POP, voltado para o atendimento especializado à PSR, que funciona como ponto de apoio para essas pessoas e promove espaços de guarda de pertences, higiene pessoal, alimentação e provisão de documentação (Foucault, 2003).

Em 2010, a Resolução nº 7 da Comissão Inter gestores Tripartite (CIT), destinou recursos do cofinanciamento federal para a oferta do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua e em 2011, o MDS incluiu as pessoas em situação de rua no Cadastro Único para programas sociais do Governo Federal, expressando assim o compromisso do governo com a erradicação da extrema pobreza (Carvalho, 2014).

Com a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), foi instituído um modelo de cuidado específico para o atendimento da PSR, o Consultório na Rua (CnaR) que possibilitou às equipes dos Consultórios na Rua (eCR) realizarem atendimentos em determinadas situações. As eCR são equipes da atenção básica compostas por profissionais de saúde com a responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde dessa população de forma itinerante, desenvolvendo as ações na rua em instalações, em unidade móvel e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território em que atuam (Silva, 2019).

De acordo com a PNAB, as equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF) devem encarregar-se do cuidado de todas as pessoas em seu território de atuação. Entretanto, o comportamento migratório peculiar das PSR e a ausência de residência formal constituem particularidades nem sempre consideradas pelos princípios da atenção básica (Moraes, 2016).

Em 2012, o Ministério da Saúde lançou o Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto à Pessoa em Situação de Rua, que tem o objetivo de ampliar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde dessa população. O manual prioriza a Atenção Básica para o fortalecimento do cuidado e a criação de vínculo na rede de atenção à saúde e estabelece as equipes do CnaR como porta de entrada prioritária na Atenção Básica (Bastos, 2013).

A responsabilidade pela atenção à saúde da PSR, assim como de qualquer cidadão, é de todo profissional do SUS, especialmente da atenção básica. Contudo, tradicionalmente, pessoas em situação de rua não acessam o SUS nem qualquer política pública, porque a particularidade da rua incorre em dois desafios, a complexidade das questões de saúde apresentadas pelos sujeitos e a necessidade de produzir táticas de territorialização (Bastos, 2013).

Desta forma, apesar de tantos avanços realizados, as práticas assistencialistas ainda predominam, assim, é imprescindível uma política pública e mudança cultural que contribua para a superação das condições de invisibilidade e vulnerabilidade dessa população (Lister, 2004). O CnaR surge, então, como uma possibilidade de assegurar o direito à saúde para essa população através da inserção das eCR nas ações da atenção básica. O objetivo deste artigo é analisar a atenção às pessoas em situação de rua em distintos espaços enfatizando o Sistema Único de Saúde e outras políticas públicas voltadas a essa população.

2. Metodologia

Este artigo trata-se de um ensaio teórico-reflexivo, é parte da tese de doutorado intitulada 'Percurso Formativo de equipes de Consultório na Rua: estudo documental sobre as competências profissionais para a qualificação da oferta de cuidado'. Vinculada institucionalmente ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFRJ.

O contexto deste estudo trabalhou com fontes primárias, uma vez que o objeto de análise é o material produzido para o curso de formação de profissionais da saúde para atuação junto à população de rua, a partir do material didático do Curso de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Rua, com ênfase nas Equipes de Consultório na Rua.

A partir do enfoque qualitativo, o estudo utilizou duas técnicas para coleta de dados: a primeira, análise documental do material para a formação de profissionais das equipes de consultório na rua; e, a segunda, a observação de eventos públicos sobre população em situação de rua. Desta forma, adota-se como ponto de partida a reflexão sobre o conceito de pobreza na história e na sociedade seguida da existência de um serviço específico para a população de rua que, teoricamente, vai ao encontro dos princípios doutrinários do SUS. Visando a compreensão dessas políticas públicas, também são apresentados contextos sociais e históricos diante dos quais a emergência do programa foi favorecida.

3. Resultados

O CnaR pretende ampliar o acesso da população de rua aos serviços de saúde e ofertar atendimentos à gestante de rua, tratamento de patologias pulmonares, doenças sexualmente transmissíveis, doenças de pele, problemas ortopédicos, diabetes, hipertensão, saúde mental e outras situações que ficam sob a responsabilidade da equipe de Saúde da Família. A Portaria nº122, de 25 de janeiro de 2012, define as diretrizes de organização e funcionamento das eCR, determinando a inserção na atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial, de acordo com definição da PNAB (Ferro, 2016).

As eCR são equipes multiprofissionais que prestam atenção integral à saúde, tanto na rua como na UBS em que estão lotadas e lidam com diferentes problemas de saúde da PSR, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de urgência e emergência e de outros pontos de atenção, que variam de acordo com a necessidade do usuário (da Silva & Silva, 2021).

O acesso ao SUS por pessoas em situação de rua é, em determinadas situações, negado por preconceito de profissionais de saúde. Com a instituição do CnaR, estabeleceu-se uma relação entre essa população e as políticas públicas de saúde. A proposta é valorizar as ações de participação social, efetivação da equidade, informação qualificada, educação em saúde e comunicação como forma de ampliação do cuidado e efetividade das suas práticas. As políticas de saúde voltadas a essa parcela da população são atuais. Seu início coincidiu com os CnaR vinculados à coordenação de saúde mental (da Silva & Silva, 2021).

4. Discussão

Sociedades que apresentam grande contingente populacional em situação de pobreza precisam desenvolver políticas de enfrentamento desses problemas, como de combate à pobreza e de acesso privilegiado a bens e serviços para esses segmentos; distributivistas, que diminuam as desigualdades; e de corte universal, que promovam os direitos sociais de cidadania e equidade (Foucault, 2003).

Diante dessa realidade, torna-se desafiador garantir uma política universal que dê conta das particularidades desse segmento populacional e de promover saúde integral. Resultado de um movimento social que luta por uma sociedade menos desigual, combatendo injustiças no acesso às ações de saúde, o SUS é quem precisa lidar com esses desafios no país, uma vez que tem como princípio a universalidade do acesso (da Silva et al., 2021).

Há, entretanto, um dilema entre a universalização e a focalização. Na universalização todos os indivíduos têm direito de acesso aos serviços públicos indiscriminadamente (Cohn, 2009). Na focalização, os indivíduos contemplados pelas políticas são aqueles em maior desvantagem, como pobres e minorias. Em sociedades como a brasileira, que apresentam altos índices de desigualdades sociais, o que efetivamente importa é como implantar políticas sociais e de saúde que, ao priorizar os segmentos socialmente mais vulneráveis, o façam dentro da lógica da integralidade e da equidade na atenção à saúde (Brasil, 2012b).

As eCR atendem a PSR com base na política equitativa, contudo, é importante ressaltar que não se pode correr o risco de que este se torne um serviço especializado. Caso ocorra a especialização, ela reproduzirá uma fragmentação das práticas de saúde e reafirmará a exclusão que os moradores de rua já sofrem. Portanto, vale destacar que as eCR não foram implementadas com o objetivo de constituir um subsistema de saúde, que atuaria como o único tipo de serviço em que o morador de rua encontraria atendimento no SUS (Santana, 2014).

A ausência de domicílio da pessoa em situação de rua pode pressupor que ela não é responsabilidade de ninguém. De fato, uma moradia fixa pressupõe um cadastro na ESF, porta inicial para acesso aos serviços de saúde. Já com as eCR, o acesso a essa população inicia-se na relação com os profissionais, destacando-se o acolhimento e o vínculo construído na oferta do cuidado (Santana, 2014). A partir dessa interação, é possível refletir sobre as estratégias de abordagem e construção de vínculo com o usuário em seu contexto de vida (Engstrom & Teixeira, 2016).

A coordenação do cuidado pela eCR Rua é de difícil realização, pois depende de uma rede intersetorial. Em casos em que os moradores necessitam de cuidados de saúde de níveis mais complexos, é preciso que as equipes tenham acesso a Serviços de Atendimento Móvel de Urgência e Unidades de Pronto Atendimento, Atenção Psicossocial e hospital de internação especializada. No entanto, é condição fundamental para o alcance de uma resposta integral, que esteja preparada para atender ao conjunto de demandas em saúde dos usuários, abrangendo a integração entre os diferentes níveis do sistema de saúde (Engstrom & Teixeira, 2016).

Diante disso, considerando apenas o cuidado técnico e biológico, não é possível entender a relação saúde-doença-cuidado das PSR. Oferecer cuidado à PSR significa enfrentar desafios constantes, nem sempre contemplados pelas redes de saúde e assistência (Rosa et al., 2005).

As principais dificuldades para a concretização do cuidado são: acesso à Atenção Básica como porta de entrada no sistema de saúde; busca de adesão ao tratamento; ações para redução de danos; construção de vínculos; enfrentamento de estigmas; promoção dos Direitos Humanos; garantia de acesso a toda a rede de assistência; cadastramento no sistema de regulação; encaminhamento para a retirada de documentos; acesso ao cuidado longitudinal; e a garantia de direitos à saúde em concordância com a Constituição Federal de 1988 (Ferro, 2016.).

Assim, devido às barreiras no acesso, o ingresso dessa população na Atenção Primária à Saúde é difícil. Muitas vezes, pessoas em situação de rua utilizam os atendimentos de emergência como porta de entrada ao sistema de saúde, dificultando a continuidade do cuidado. De acordo com a complexidade do caso, a eCR passa a ser porta de acesso para outros dispositivos da rede de cuidados, como hospitais clínicos ou atenção psicossocial, além de atendimentos específicos na unidade de saúde (Bastos, 2013).

A abordagem na rua é uma das primeiras atividades da eCR. Ela se dá de forma gradual, com a equipe no território se mostrando acessível à escuta e envolve a identificação de riscos e vulnerabilidades da população, o que pode constituir a oportunidade para a realização de testes rápidos para gravidez, HIV, hepatite e sífilis. Os testes são realizados na rua e na unidade de saúde e, na medida em que se estabelecia um vínculo, era possível planejar projetos terapêuticos (Silva et al., 2015).

Os usuários que levavam seus colegas quando necessitavam de atendimento facilitou a entrada de pessoas em situação de rua na unidade de saúde. O vínculo, atitude central para realização do cuidado, se estabelece tanto no espaço da rua quanto

no espaço da unidade de saúde, por isso, dificilmente a proposta de cuidado será efetivada quando o profissional atuar com posturas preconceituosas (Magni, 1994).

Para Teixeira, uma proposta de proximidade com o usuário é o contato “olho no olho”, com abertura para escuta, sem preconceitos. Quando o vínculo é, de fato, estabelecido e o usuário adere à proposta, é possível elaborar um plano de cuidado. Na sequência, deve-se empreender uma busca ativa no território para oferta desse cuidado. Muitas vezes, a única possibilidade de vínculo com esse usuário é mediante o uso de medicações, do cuidado de feridas, das ações de limpeza, do pré-natal, entre outros (Macerata et al., 2014).

O trabalho na rua revela que essas pessoas são carentes de atenção e não apenas de recursos materiais. Para uma prática do cuidado de pessoas em situação de rua é necessária uma atribuição do significado de humanização com ênfase na proposta de transformação da realidade, considerando os usuários como sujeitos de direitos e deveres, sobretudo valorizando sua autonomia. Para cuidar da pessoa em situação de rua é preciso se aproximar, adentrar em seu território e em seus modos de vida (Marsiglia, 2005).

5. Considerações Finais

O cuidado exige dos profissionais de saúde uma escuta qualificada, um posicionamento ético e uma compreensão que acarrete a possibilidade de compartilhamento com o outro. A concepção estabelecida na atenção à saúde e oferecida pelos profissionais não deve se restringir às prescrições, aos procedimentos ou às coordenações gerenciais. Todos os profissionais envolvidos na oferta de cuidado devem romper a barreira da padronização para oferecer um cuidado humanizado, singularizado, qualificado, com uma escuta sensível, capaz de efetuar um acolhimento do usuário e de suas demandas.

As relações de cuidado ofertadas pelas eCR indicam uma reestruturação nas práticas profissionais, reorganizando a atenção para além dos muros das unidades de saúde, movendo as ações para a realidade da rua. Desta forma, inibem uma fragmentação do cuidado e estabelecem a produção de práticas de saúde baseadas no princípio da integralidade.

As eCR são desafiadas diariamente a repensar e a construir diferentes formas de intervenção para a construção de confiança e vínculo com a PSR. Cabe aqui referir que esse processo é lento e as políticas públicas não oferecem um modelo pronto de execução dessas ações. A configuração das eCR, porém, visa atender às necessidades de saúde em sua integralidade, produzindo o acesso.

Referências

- Bastos C. M. (2013). Pastoral do povo de rua: vida e missão. Loyola.
- Brasil. (2005). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social – PNAS e Norma Operacional Básica NOB/SUAS. http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf.
- Brasil. (2006). Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Relatório do I Encontro nacional sobre População em Situação de Rua. <https://fpabramo.org.br/acervosocial/estante/relatorio-do-i-encontro-nacional-sobre-populacao-em-situacao-de-rua/>.
- Brasil. (2011). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Departamento de Proteção Social Especial. Inclusão das Pessoas em Situação de Rua no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal. SUAS e Populaç.
- Brasil. (2012a). Manual para cuidado à saúde junto à população de rua. Brasília: Ministério da Saúde. http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf
- Brasil. (2012b). Ministério da Saúde. Manual para cuidado à saúde junto à população de rua. http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf
- Carvalho S. M. C. (2014). “Os ditos sem” acesso à saúde da população em situação de Rua. <http://ri.ucsul.br:8080/jspui/handle/123456730/269>.
- Cohn A. (2009). O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: (Ed Fiocruz, Ed.; Hucitec). Tratado de Saúde Coletiva.
- Engstrom, E. M., & Teixeira, M. B. (2016). Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6), 1839–1848. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.0782016>

- Ferro M. C. T. (2016). Política Nacional para População em Situação de Rua: o protagonismo dos invisibilizados.
- Fonseca C. (2004). Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares. (UFRGS, Ed.; 2ND ed.).
- Foucault M. (2003). Estratégia, poder – saber; Omnes et Singulatim: Uma crítica da Razão Política. Forense Universitária.
- Goffman E. (1980). Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. (Zahar Editores, Ed.).
- Lister, R. (2004). A Politics of Recognition and Respect: Involving People with Experience of Poverty in Decision- Making that Affects their Lives. In *The Politics of Inclusion and Empowerment* (pp. 116–138). Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1057/9781403990013_8
- Macerata, I., Soares, J. G. N., & Ramos, J. F. C. (2014). Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(suppl 1), 919–930. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0210>
- Magni C. T. (1994). Nomadismo urbano: uma etnografia sobre moradores de rua em Porto Alegre.
- Marsiglia R. G. (2005). Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 14. <https://www.scielo.org/article/sausoc/2005.v14n2/69-76/#ModalArticles>.
- Moraes N. P. (2016). População em situação de Rua e formação política: os aspetos formativos do movimento social. In: IX SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE DIREITOS HUMANOS DA UFPB: Desafios e Perspectivas da Democracia na América Latina.
- Pereira M. C. G. (2011). No TitleLuta por reconhecimento e desigualdade social: uma análise da experiência dos catadores da Asmare em Belo Horizonte (MG). <http://hdl.handle.net/10438/8224>.
- Prates et al. (2011). A Política de Inclusão para População em Situação de Rua no Brasil e o desafio da integralidade. In: Seminário internacional sobre políticas públicas, intersetorialidade e família. Desafios éticos no ensino, na pesquisa e na formação profissional. <https://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/i/edicoes/I/13.pdf>.
- Reis Junior A. G. (2011). Estudo de caso da equipe de Saúde da Família para população em situação de rua de Belo Horizonte/MG. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/23418>.
- Rosa, A. da S., Cavicchioli, M. G. S., & Brêtas, A. C. P. (2005). O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(4), 576–582. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000400017>
- Sampaio C. (2014). Cuidado à população em situação de rua. In: Lopes LE. (Org.). Caderno de atividades: curso atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de consultórios na rua.
- Santana, C. (2014). Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(8), 1798–1799. <https://doi.org/10.1590/0102-311XCA010814>
- Silva, C. C. da, Cruz, M. M. da, & Vargas, E. P. (2015). Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. *Saúde Em Debate*, 39(spe), 246–256. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005270>
- Silva, R. R. da, Neves, M. P. das, Silva, L. A. da, Silva, M. V. G. da, Hipolito, R. L., & Marta, C. B. (2020). Consumo de Drogas Psicoativas em Contexto de Sexual entre Homens Gays como Fator de Risco para Transmissão de HIV/Aids. *Global Academic Nursing Journal*, 1(3). <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200057>
- Silva, R. R. da, & Silva, L. A. da. (2021). Psychosocial load and burnout syndrome in healthcare professionals in the fight against COVID-19 pandemic / Carga psicossocial e síndrome de burnout em profissionais de saúde no combate a pandemia de COVID-19. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 13, 1640–1646. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v13.11097>
- Silva, R. R. da, Silva, L. A. da, Silva, M. V. G. da, Araujo, M. S. S., Neves, M. P. das, Souza, M. V. L. de, Oliveira, E. S. de, Silva Junior, M. D. da, & Ribeiro, M. B. (2022). HIV-related neurocognitive disorders and dementia in people using antiretroviral: an integrative review. *Research, Society and Development*, 11(2), e47311226039. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.26039>
- Silva, R. R. da, Silva, L. A. da, Souza, M. V. L. de, Silva, M. V. G. da, Neves, M. P. das, Vargas, D. de Hipolito, R. L., Souza, D. A. C., Dutra, V. de C. de A., Oliveira, E. S. de, Lipari, C. da C., Garcia, W., Cortes, T., & Mattos, C. M. (2021). Estresse de minoria de gênero e seus efeitos na saúde mental como fator de risco para depressão em pessoas transgênero: Revisão da literatura. *Research, Society and Development*, 10(3), e51610313693. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13693>
- Silva M. L. L. (2019). Trabalho e População em Situação de Rua no Brasil. Cortez.
- Wacquant L. (2003). Punir os Pobres: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos. Revan.