



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL  
MESTRADO PROFISSIONAL

JAILSON DA SILVA BARBOSA

**CUIDADO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NA REDE DE ATENÇÃO À  
SAÚDE DE MANAUS/AM**

Florianópolis  
2021

JAILSON DA SILVA BARBOSA

**CUIDADO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NA REDE DE ATENÇÃO À  
SAÚDE DE MANAUS/AM**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Terezinha Zeferino.

Florianópolis  
2021

**Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
Através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC**

Barbosa, Jailson da Silva

Cuidado às pessoas em situação de rua na rede de atenção à saúde de Manaus/AM / Jailson da Silva Barbosa ; Orientadora, Maria Terezinha Zeferino, 2021.

93 p.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Florianópolis, 2021.

Inclui referências

1. Saúde Mental. 2. Atenção Psicossocial. 3. Pessoas em situação de rua. 4. Atenção à saúde. I. Zeferino, Maria Terezinha. II. Universidade Federal de Santa Catarina. III. Programa de Pós Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. IV. Título.

JAILSON DA SILVA BARBOSA

**CUIDADO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NA REDE DE ATENÇÃO À  
SAÚDE DE MANAUS/AM**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

---

Profa. Dra. Maria Terezinha Zeferino (Presidente)

---

Prof. Dr. Lúcio José Botelho (Membro)

---

Profa. Dra. Silvana Silveira Kempfer (Membro)

---

Profa. Dra. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni (Membro Suplente)

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

---

Prof. Dr. Fabrício Augusto Menegon  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção  
Psicossocial

---

Profa. Dra. Maria Terezinha Zeferino  
Orientadora

Florianópolis, 2021

Dedico esta escrita a todas as pessoas que vivem em situação de rua, na tentativa de contribuir nos diálogos que possam mitigar a invisibilidade imposta pela sociedade a essas pessoas.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, às forças superiores, como eu gosto de chamá-las, por me darem o suporte necessário para atuar e estudar um tema tão difícil.

Aos meus pais, Josué e Ray Barbosa (in memória), que mesmo diante de todas as dificuldades, sempre incentivaram a mim e aos meus irmãos, a estudarmos e nos dedicarmos no que fazemos.

Aos meus irmãos, Vera, Cristina, Joelma, Josiane e Jean, por compreenderem minha ausência em determinados momentos e me apoiarem a trilhar o caminho que escolhi.

Ao meu filho amado Thiago e sua mãe, pelo apoio e atenção.

Ao meu amigo e filho do coração, Adam. Agradeço pela compreensão, apoio e por embarcar comigo em inúmeros desafios. Contigo sou mais forte!

À minha Orientadora, Profa. Terezinha, pelo apoio, dedicação, assertividade, confiança e paciência em minha caminhada. À Dra. Silvana, e ao Dr. Fabricio pela dedicada leitura e contribuições aportadas durante minha qualificação.

Àos participantes da banca de sustentação, prof. Lúcio, Silvana e Gabriela pelas horas dedicadas a boa leitura e as contribuições relevantes na melhoria desse manuscrito.

Aos meus colegas de Mestrado, por nossas trocas e discussões. Em especial, à Suellen e Bárbara, pois, ainda que nas “correrias” do nosso cotidiano, nossas trocas e afetos foram sempre de incentivo à continuidade de nossos projetos.

Aos meus amigos da Equipe do Consultório na Rua de Manaus, que acreditaram em mim e muito me auxiliaram a superar este desafio e continuar. O incentivo de vocês, sem dúvida, foi decisivo para eu seguir com meus estudos. Agradeço pela amizade e carinho.

## RESUMO

O número de pessoas vivendo em situação de rua no Brasil vem aumentando de forma expressiva nos últimos anos. Compreender suas trajetórias de vida, sentidos e significados do que é estar nesta situação foi o primeiro passo para atender, de forma humanizada, as suas necessidades, para criar vínculos entre essa população e o serviço de saúde. Este estudo teve como objetivo investigar como cuidar das Pessoas em Situação de Rua da cidade de Manaus a partir de suas reais necessidades, descrevendo o entendimento dessas pessoas sobre adoecimento, os caminhos que buscam para se cuidar, suas necessidades e expectativas quanto aos cuidados que desejam receber. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) de número 924.432, de 20 de dezembro de 2014, e 3.057.573, de 05 de dezembro de 2018. Foram incluídos entre os participantes aqueles que aceitaram o convite e assinaram o TCLE, conforme resolução CNS 466/2012. Para a coleta de dados, foi realizado um Grupo Focal num espaço cedido pelo Centro POP da cidade de Manaus no mês de fevereiro de 2020. Os participantes foram predominantemente homens jovens, negros, com idade entre 21 e 55 anos que, em média, estavam em situação de rua há 10 anos. Avaliando as unidades de análise (Trajetória de vida e inserção no mundo das ruas; Sentidos e significados do adoecer na rua; Caminhos percorridos em busca do cuidado em saúde; Expectativas e quereres sobre a forma que desejam ser cuidados), concluímos que a desvinculação familiar vivenciada por essas pessoas está ligada ao uso abusivo de álcool e outras drogas, que adoecer é não poder se locomover nas ruas, num conceito que transcende os propostos pela literatura, que quando adoecem procuram mais os serviços hospitalares que as unidades básicas de saúde, alimentam expectativas de melhorias no acesso a serviços que os acolhem com respeito e dignidade e sonham com a possibilidade de saírem das ruas.

**Palavras-chave:** pessoas em situação de rua; atenção à saúde; processo saúde e doença.

## ABSTRACT

The number of people living on the streets in Brazil has increased significantly in recent years. Understanding their life trajectories, senses and meanings of what it is to be in this situation is the first step to humanely meet their needs, creating links between this population and the health service. This study aimed to investigate how to take care of Homeless People in the city of Manaus based on their real needs, describing the understanding of these people about illness, the paths they seek to take care of themselves, their needs and expectations regarding the care they want receive. The project was approved by the ethics committee of the Federal University of Santa Catarina (UFSC) number 924.432 of December 20, 2014 and 3,057,573 of December 5, 2018. Participants who accepted the invitation and signed the TCLE according to CNS resolution 466/2012. For data collection, a Focus Group was carried out in a space provided by the POP Center in the city of Manaus in February 2020. The participants were predominantly young, black men, aged between 21 and 55 years old, who were on average living on the streets 10 years ago. Assessing the units of analysis (Life trajectory and insertion in the world of the streets; Meanings and meanings of falling ill on the street; Paths taken in search of health care; Expectations and desires about the way they want to be cared for), we can conclude that the disengagement family life experienced by these people is linked to the abuse of alcohol and other drugs, that getting sick is not being able to move on the streets in a concept that transcends those proposed in the literature, which when they get sick, they seek more hospital services than basic health units, they feed expectations of improvements in access to services that welcome them with respect and dignity and dream of being able to leave the streets.

**Keywords:** homeless people; health care; health and illness process.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APIS	Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CETAD	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CNAR	Consultório na Rua
eCNR	Equipe Consultório na Rua
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS
PIEC	Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPR	Política Nacional para a População em Situação de Rua
PSR	População em Situação de Rua
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral.....</b>	<b>15</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos.....</b>	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>16</b>
<b>3.1</b>	<b>A população em situação de rua no Brasil.....</b>	<b>16</b>
<b>3.2</b>	<b>As políticas de saúde para a PSR no Brasil.....</b>	<b>20</b>
<b>3.3</b>	<b>O Acesso à saúde para a PSR no Brasil.....</b>	<b>26</b>
<b>3.4</b>	<b>Os princípios do SUS e o cuidado em saúde para a população em situação de rua no Brasil.....</b>	<b>30</b>
<b>4</b>	<b>ASPECTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>36</b>
<b>4.1</b>	<b>Participantes.....</b>	<b>36</b>
<b>4.2</b>	<b>Procedimentos de coleta dos dados.....</b>	<b>37</b>
<b>4.3</b>	<b>Estratégias de organização e análise dos dados.....</b>	<b>37</b>
<b>4.4</b>	<b>Disposições éticas.....</b>	<b>38</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>39</b>
<b>5.1</b>	<b>ARTIGO – PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: TRAJETÓRIAS, SENTIDOS, EXPECTATIVAS E CAMINHOS PERCORRIDOS NA CIDADE DE MANAUS.....</b>	<b>39</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>68</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>75</b>
	<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE.....</b>	<b>82</b>
	<b>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA nº 924.432/2014.....</b>	<b>84</b>
	<b>ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA nº 3.057.573/2018.....</b>	<b>87</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Bicho Vi ontem um bicho  
Na imundície 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)

No Brasil, o processo social População em Situação de Rua (PSR) tem sua origem na sociedade pré-industrial brasileira, que tinha a escravidão como regime de trabalho e o escravo como sujeito sem direitos, que não podia sequer dispor de si, pois era somente uma propriedade do seu senhor e a ele devia obediência absoluta. Ao longo dos séculos, este regime de trabalho foi o único sistema capaz de garantir a produção econômica em grande escala, voltada para atender às demandas de várias partes da Europa (IANNI, 2004).

Com a promulgação da Lei Áurea, em 1888, os escravos viraram um contingente expressivo de “livres e libertos”, que seriam utilizados no processo de industrialização do Brasil. No entanto, a utilização dessa força de trabalho, disponível e abundante, demorou em ser utilizada, pois, hipoteticamente, aqueles que viviam da economia de subsistência não se adaptariam ao trabalho assalariado regular, e por se encontrarem dispersos, seria mais difícil recrutá-los (PINSKY, 1993).

Assim, a mudança da escravidão para o trabalho livre fez parte de um processo amplo de reestruturação econômica e social, que refletiu na inserção da economia brasileira no contexto mundial. No entanto, por muito tempo, boa parte da mão de obra recém-liberta permaneceu nas propriedades rurais sob baixíssima remuneração (PINSKY, 1993).

No final do século XIX, a população brasileira era composta por uma pequena elite branca, pelos remanescentes de uma economia escravocrata em decadência e uma multidão de escravos libertos, filhos bastardos, descendentes de índios e brancos empobrecidos, e pobres migrantes trazidos da Europa e do Japão (SALAMA; DESTREMAU, 2001).

A partir desse resgate histórico, percebe-se que a abolição da escravatura lançou às ruas milhares de ex-escravos. Estes, sem emprego e moradia, que vagavam pelas ruas praticando mendicância e pequenos furtos para prover sua sobrevivência, submetiam-se a

condições deploráveis de trabalho, pois concorriam de forma desigual com brancos pobres e os imigrantes que chegavam ao país (MARICATO, 1997). O fim da escravidão, portanto, refletiu de forma significativa nos primeiros movimentos das pessoas em direção às ruas no Brasil.

No Brasil dos dias atuais, a PSR está caracterizada por ser heterogênea, com múltiplas morbidades e mortalidade prematura (WRIGHT; TOMPKINS, 2006). Define-se por apresentar pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, inexistência de moradia convencional regular e a utilização dos logradouros públicos e áreas degradadas como espaços de moradia e de sustento (BRASIL, 2009).

Estima-se que no País exista mais de 220.000 pessoas vivendo nessas condições (NATALINO, 2020), enfrentando singulares iniquidades históricas no que tange às questões de acesso a saúde e a direitos humanos fundamentais (MENDES, 2010).

No que concerne aos principais problemas de saúde apresentados pelas PSR e que geralmente são oriundos de situações complexas, destaca-se a tuberculose, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), AIDS e o uso abusivo de drogas, sendo que para alcançar respostas que atendam a essas demandas necessita-se de intervenções articuladas entre os gestores, profissionais de saúde e diversos outros setores (MACHADO, 2019).

Diante dessa necessidade, os profissionais que atuam diretamente com essa população assumem a função de buscar parcerias para serem resolutivos na solução dos problemas demandados, tendo que ter capacidade técnica para o enfrentamento de questões que vão além dos cuidados clínicos assistenciais, pois, na maioria dos casos, o enfrentamento dos determinantes sociais do adoecimento se torna uma práxis que deve ser compreendida para que se possa alcançar respostas mais efetivas (BRASIL, 2012).

Nesse contexto e pela necessidade de dar maior visibilidade a esse grupo populacional, foi instituída a Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPR). Em sequência, foi proposto pelo Ministério da Saúde, dentro da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as equipes de Consultório na Rua (eCNAR) como uma estratégia de cuidado integral a essas pessoas (BRASIL, 2012).

As equipes são constituídas de forma multiprofissional, devendo prestar cuidado em saúde tanto na rua quanto nas dependências das Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde estão vinculadas.

Essas equipes lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da PSR, desenvolvem ações compartilhadas e integradas também com as equipes dos Centros de

Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de urgência e emergência e de outros pontos de atenção à saúde e da rede do território, de acordo com a necessidade do usuário (BRASIL, 2012).

Com a criação dessas equipes de Atenção Básica (AB) específicas, diversas questões e desafios se apresentaram para a viabilidade do cuidado em saúde a que se propõem, como a organização dos processos de trabalho destes serviços, sua inserção nas redes de atenção à saúde e a questão da formação e qualificação de profissionais de saúde com habilidades e competências adequadas e oportunas para atuar em um contexto tão novo e singular (MACHADO, 2019).

Há mais de 20 anos, como trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS), nesta pesquisa reviso todos os desafios e questões que me atravessam nas práticas de cuidado direto às pessoas, como também, em nível de gestão das Políticas Públicas que permeiam a efetivação do SUS proposto no nosso País.

Dedicar-se a um tema envolvendo pessoas que, historicamente, encontram-se excluídas, marginalizadas e que sofrem violência, preconceitos, tendo seus direitos básicos negados e negligenciados nas ruas da cidade de Manaus/AM, constituiu-se em mais um desafio a ser superado, no sentido de propiciar às pessoas em situação de rua um momento de escuta qualificada com método bem definido que legitime suas falas através de informações que possam vir orientar a rede de saúde e os trabalhadores que se dedicam a alguma atividade que tenha como foco esta população.

No entanto, muitas pessoas consideraram esta uma tarefa difícil e indesejada, por pensarem nas relações de perigo a que, supostamente, eu poderia estar exposto.

Entretanto, desde o início da minha formação como Enfermeiro, desenvolvo atividades relacionadas com pessoas mais necessitadas, nas periferias das grandes cidades e nos mais longínquos interiores da Amazônia e de algumas cidades do Brasil.

Nesse sentido, o interesse pela temática surgiu a partir de um contato mais íntimo e intenso com as pessoas em situação de rua quando fui solicitado a implantar e coordenar um serviço de atenção básica em saúde (Consultório na Rua / CNAR), que tinha como foco prestar cuidado integral a essa população.

A indicação para a coordenação desse serviço baseou-se numa extensa trajetória que já possuía no campo da saúde coletiva, quando da implantação e efetivação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, do Programa Saúde da Família e da Estratégia Saúde da Família. Mas o principal motivo dos meus estudos é a participação na implantação da Rede de

Atenção Psicossocial de Manaus e do Amazonas com ênfase na área de Álcool e outras Drogas.

Após ter concluído três cursos de pós-graduação Lato Sensu, em renomadas instituições de ensino na área de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, me candidatei a uma vaga no Programa de Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em que obtive êxito. No primeiro encontro de discentes e docentes, tive a grata oportunidade de conhecer a Profa. Dra. Maria Terezinha Zeferino que, em estudos anteriores, ainda lá em Manaus, já citava seus artigos nas minhas produções de trabalhos.

Atendendo o convite da Profa. Terezinha, comecei a participar das reuniões do Grupo de Estudos em Atenção Psicossocial e Drogas (APIS), que a mesma coordenava, que me fez perceber as possibilidades de estudos, além de ter me ajudado muito nos enfrentamentos com relação às diferenças culturais e outras demandas que me ocorriam, advindas da mudança de cidade e região.

Aproveitando a oportunidade de utilização dos recursos que me foram oportunizados no laboratório APIS, pude realizar várias revisões literárias, em que foi possível ir definindo o objeto de pesquisa a ser estudado.

Tendo o aceite da Profa. Terezinha como orientadora do meu processo de aprendizado do Mestrado, continuamos a compartilhar ideias e o projeto de pesquisa foi brotando naturalmente, mas sempre com o foco nas minhas relações de trabalho, por estarmos tratando de um curso de formação profissional.

Como a minha relação profissional anterior estava intimamente ligada à População em Situação de Rua (PSR), escolhemos essas pessoas como temática para realização do estudo em questão, de uma forma que pudesse contribuir com mais informações relevantes para a efetivação da Política Pública voltada a essas pessoas na cidade de Manaus.

O interesse esta temática permaneceu mesmo sabendo que o processo social População em Situação de Rua seja um tema muito antigo e que nos dias de hoje conte com um arcabouço legal de garantias de direitos previstos na Lei 8080/90, considerada a Lei Orgânica da Saúde, e no Decreto 7053/2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua, somados a todos os referenciais teóricos existentes que podem sustentar o diálogo temático. Ainda assim, grandes lacunas ainda são encontradas quando o assunto é PSR.

Como exemplo, pode-se citar a escassez de produção científica sobre indicação de diretrizes e orientações para a organização do cuidado para PSR, como também, para a formação de profissionais voltados para essa população (MACHADO, 2019).

Embora existam teses, dissertações e artigos publicados sobre a temática, esses estudos, mesmo estando no campo das pesquisas qualitativas, são geralmente produtos em que a população em situação de rua, principalmente do estado do Amazonas, não tinha espaço para dizer e refletir sobre os processos de cuidado que lhes são ofertados, pois na grande maioria das produções, os autores utilizaram as pesquisas bibliográficas ou quantitativas como referencial metodológico, e a participação das pessoas em situação de rua se tornou passiva e superficial.

Destaca-se ainda que a produção do Ministério da Saúde (MS) sobre o tema ainda é muito reduzida e em especial quanto às práticas e à organização do processo de trabalho das equipes, existindo basicamente dois documentos disponíveis, um de 2012 e outro de 2014 (MACHADO, 2019).

Diante do exposto, entende-se ser necessário dar atenção às necessidades da População em Situação de Rua (PSR), nos mais diferentes aspectos, em especial às questões de fortalecimento do protagonismo dessas pessoas, contribuindo para torná-las visíveis e cidadãs de direito, somadas às possibilidades de contribuição para a rede de atenção à saúde de Manaus, no que se refere à formação dos profissionais de saúde e da assistência social, construindo orientações fundamentadas em bases científicas que venham fortalecer a efetivação da Política Nacional da População em Situação de Rua.

Assim, o presente estudo foi então realizamos com a finalidade de responder à seguinte questão de pesquisa: **Quais as reais necessidades de cuidados das Pessoas em Situação de Rua da cidade de Manaus?**

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Compreender as necessidades de cuidados às pessoas em situação de rua da cidade de Manaus a partir de suas realidades.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Caracterizar as Pessoas em Situação de Rua participantes do estudo;

Descrever adoecimento a partir do entendimento das Pessoas em Situação de Rua de Manaus;

Descrever os caminhos dos cuidados utilizados pelas Pessoas em Situação de Rua de Manaus;

Identificar quais as perspectivas de cuidado percebidas pelas Pessoas em Situação de Rua de Manaus, a partir de suas próprias necessidades.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

As revisões são formas de pesquisa que utilizam fontes de informação bibliográfica ou eletrônica para a obtenção de resultados de estudos de outros pesquisadores, com a intenção de fundamentar teoricamente um determinado objetivo (ROTHER, 2007).

Para esse estudo, optou-se pela revisão narrativa, por ser um método amplo, qualitativo e apropriado para descrever e discutir o desenvolvimento ou o 'estado da arte' de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou conceitual (ROTHER, 2007).

#### 3.1 A população em situação de rua no Brasil

No mundo, a População em Situação de Rua (PSR) está caracterizada por ser heterogênea, com múltiplas morbidades e mortalidade prematura (WRIGHT; TOMPKINS, 2006). No Brasil, essa população é semelhante e está definida, segundo o Decreto nº 7053 de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, como sendo:

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

Há quatro condições básicas que caracterizam uma pessoa em situação de rua: a pobreza extrema; vínculos familiares interrompidos ou fragilizados; a inexistência de moradia convencional regular; e a utilização dos logradouros públicos e áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento.

No mundo, estima-se que existam 100 milhões de Pessoas nessas condições (UNITED NATIONS, 2005). No Brasil, segundo dados do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), 31.922 adultos estão nessa condição. Porém, pode-se afirmar que este número seja bem maior, já que nesta pesquisa não foram incluídas as crianças, nem as Pessoas em Situação de Rua das cidades de São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre, pois essas cidades estavam realizando, ou já tinham realizado, estudos semelhantes (CUNHA; RODRIGUES, 2009).

Os estudos apontados acima foram realizados em diferentes momentos e com métodos distintos. Por esta razão, não é possível estimar o tamanho da PSR apenas somando os resultados das diferentes pesquisas (CUNHA; RODRIGUES, 2009). Considerando o tempo já decorrido da realização da pesquisa nacional, provavelmente os dados pouco refletem a atual situação da população em questão.

No entanto, os dados apresentados ainda são as referências quando se fala de caracterização da PSR no Brasil, pois o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ainda não realizou nenhum inquérito nacional que inclua essas pessoas, mesmo afirmando que os censos populacionais produzem informações imprescindíveis para definição de Políticas Públicas e a tomada de decisões de investimentos, sejam eles provenientes da iniciativa privada ou de qualquer nível de governo (IBGE, 2019).

O IBGE justifica que o instituto não dispõe de estrutura técnica e expertise para realização de uma pesquisa deste monte. Tal afirmativa vem a partir de um projeto-piloto, em que o próprio Instituto se apropria de metodologia que pesquisou a PSR do Rio de Janeiro e avaliou que dificilmente teria condição de operacionalizar uma pesquisa em nível nacional, justificando questões de infraestrutura, capacitação e alto custo.

No entanto, o IBGE, como integrante do comitê intersetorial de monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), se comprometeu em prover dados e informações para o fortalecimento da PNPSR. Pesquisas dessa natureza estão previstas no Decreto 7053, de 2009, que criou a PNPSR.

Ressalta-se ainda que, mesmo que a PSR não esteja incluída no censo nacional, o IBGE tem conceitos definidos sobre este grupo para ser utilizado em levantamentos censitários:

O IBGE investiga os moradores dos domicílios particulares improvisados ocupados, que são aqueles que, embora não construídos com a finalidade de servir de moradia, estavam sendo utilizados como tal. Alguns exemplos: estabelecimentos não residenciais (bares, lojas etc.), grutas, galpões, tendas, barracas em acampamentos, habitações improvisadas sob pontes, viadutos (IBGE, 2019).

E ainda tem concepção teórica formada para pesquisa sobre a PSR afirmando que:

A denominada população em situação de rua possui algum local de moradia, não obstante nele não esteja presente todos os dias. Algumas situações mais comuns: A pessoa passa o dia na rua e se recolhe à noite em albergues ou instituições similares. A pessoa tem sua família residindo em um domicílio,

quase sempre na periferia da cidade, para o qual retorna periodicamente nos fins de semana ou quinzenalmente. A pessoa utiliza algum tipo de domicílio improvisado (conforme definido acima). Em quaisquer das situações descritas, ela será recenseada no domicílio que utiliza habitualmente (IBGE, 2019).

Entretanto, contraditoriamente, quando define domicílio, o território de existência da PSR é excluído, pois para o IBGE:

Domicílio é o local estruturalmente separado e independente, que se destina a servir de habitação a uma ou mais pessoas, ou que estejam sendo utilizado como tal. Os critérios essenciais desta definição são os de separação e independência. Entende-se por separação o local de habitação limitado por paredes, muros ou cercas, coberto por um teto, permitindo a uma ou mais pessoas que nele habitam isolar-se das demais, com a finalidade de dormir, preparar e/ou consumir seus alimentos e proteger-se do meio ambiente, arcando, total ou parcialmente, com suas despesas de alimentação ou moradia. Por independência se entende quando o local de habitação tem acesso direto, permitindo a seus moradores entrar e sair sem necessidade de passar por locais de moradia de outras pessoas. Só caracteriza-se corretamente domicílio quando forem atendidos simultaneamente os critérios de separação e independência (IBGE, 2019).

A distinção entre pessoas domiciliadas ou não, na forma conceitual apresentada pelo Censo é, no mínimo, preconceituoso, excludente e não acompanha o fenômeno pessoas em situação de rua que acontece em várias cidades brasileiras.

Esse fenômeno social está relacionado: a condicionantes como ausência de moradia, trabalho e renda; à vida particular do indivíduo, por exemplo, a quebra de vínculos familiares, doenças mentais e uso abusivo de álcool ou drogas; e a fatos ligados à natureza – como terremotos ou inundações (LOPES, 2018).

Desse modo, o tema PSR deve ser visto considerando a multiplicidade de fatores que levam as pessoas a essa situação, desde os estruturais, como questões de moradia, trabalho e renda, até os fatores biográficos, como os de rompimento das relações familiares e outros infortúnios, como, em alguns casos dependência de álcool/drogas, perda de bens e transtornos mentais (BRASIL, 2014).

Diante desse contexto, em que há uma verdadeira escassez de dados oficiais que caracterize atualmente essa população, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) realizou um estudo e estimou que exista mais de 220.000 pessoas vivendo nessas condições (NATALINO, 2020), enfrentando singulares iniquidades históricas no que tange às questões

de acesso à saúde e a direitos humanos fundamentais (MENDES, 2010; KUNZ; HECKERT, CARVALHO, 2014).

A existência de um número tão grande de pessoas em situação de rua no Brasil é fruto do agravamento de questões sociais relacionadas à rápida urbanização ocorrida no século 20, à migração para grandes cidades, à formação de grandes centros urbanos, à desigualdade social, à pobreza, ao desemprego, ao preconceito da sociedade com relação a esse grupo populacional e, muitas vezes, à ausência de Políticas Públicas (BRASIL, 2014).

Essa população é composta, na sua maioria, por homens negros, com idade entre 25 e 55 anos, que não concluiu o ensino fundamental e exerce alguma atividade remunerada; só uma pequena parte pede dinheiro para sobreviver. Eles têm por principais motivos que os levaram à situação de rua o desemprego, conflitos familiares e alcoolismo/drogas (CUNHA, RODRIGUES, 2009).

A pesquisa nacional sobre o uso de crack, realizada em 2014, trabalhou com uma amostra expressiva de pessoas que, no momento do estudo, encontravam-se em situação de rua. Logo, ela revela que uma PSR apresenta características semelhantes à descrita acima.

No estudo acima citado, a PSR é constituída predominantemente por pessoas do sexo masculino, “não brancos” (pretos e pardos), com idade entre 28 e 30 anos (adultos jovens). Com relação à escolaridade, há uma diferença entre os estudos; neste, a maioria estudou no mínimo quatro anos. Quanto à fonte de renda, os estudos são bem semelhantes, demonstrando se tratar de uma população de trabalhadores (BASTOS; BERTONI, 2014).

A informação citada sobre a fonte de renda da PSR desmitifica que os mesmos sejam “mendigos” e “pedintes”.

Chama atenção para a mítica e o preconceito que reforça a imagem negativa de quem vive na rua. Os meios de comunicação disseminam o termo “mendigo”, que reforça o isolamento. É um estigma que rotula a todos como incapazes e vagabundos, e pior, como bandidos e criminosos, acentuando a criminalização da pobreza (MNPR, 2010).

De modo geral, o perfil apresentado pelo estudo é de uma população que, em sua maioria, é composta por homens, jovens, pouco escolarizados, que estão vivendo em situação de rua, e que não têm emprego e renda fixa. Sendo assim, apresentam-se como um grupo bastante vulnerável socialmente (BASTOS; BERTONI, 2014).

Importante ressaltar que o estudo, acima citado, tinha como critério de inclusão o uso de crack e/ou similares (pasta base, merla e oxi), pois mesmo que existam entre a PSR muitas pessoas usuárias de drogas, há também aquelas que não consomem.

Diante do exposto, percebe-se que a falta de dados oficiais, precisos e confiáveis sobre a PSR corrobora para invisibilidade que se configura como um dos graves problemas que assola essa população e impede que ela tenha seus direitos reconhecidos (BRASIL, 2014).

A evidência dessa invisibilidade está numa Política Pública que foi instituída a apenas nove anos, que mesmo com alguns avanços, ainda se apresenta de forma muito frágil.

Uma ótica assistencialista e higienista ainda predomina nas práticas de alguns serviços públicos e de iniciativa das organizações sociais e religiosas que acolhem as demandas das PSR. Ou seja, o reconhecimento dessas pessoas como cidadãos de direitos é recente e ainda não é acolhido na sociedade (BRASIL, 2014).

### **3.2 As políticas de saúde para a PSR no Brasil**

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e Lei n.º 8.142/90 (Participação comunitária na gestão do SUS / transferências intergovernamentais de recursos financeiros), com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão (BRASIL, 1990). Este direito é assegurado e garantido, conforme o Art. 196 da Constituição Brasileira:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Somados às orientações dos princípios doutrinários de universalidade, integralidade e equidade, presentes na lei n.º 8080/90, afirmando que toda a população, sem exceções, possui o direito de acesso em todos os níveis de assistência à saúde no Brasil, devendo-se priorizar a oferta aos grupos que enfrentam maiores riscos (BRASIL, 1990).

Somente 19 anos depois de promulgada a Lei Orgânica da Saúde é que a PSR foi contemplada com uma Política Pública, através do Decreto n.º 7053, de 23 de dezembro de 2009, que atendesse as suas demandas e especificidades no território no qual a vida dessas pessoas acontece (BRASIL, 2009a).

O referido Decreto instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), e orienta os princípios, diretrizes e objetivos previstos para a implantação da mesma, definindo quem serão as pessoas consideradas PSR e que a implementação da política será de forma descentralizada e articulada entre a União e os demais entes federativos (BRASIL, 2009a).

No seu Art. 3º, o Decreto 7053/2009 solicita que os entes da Federação que aderirem à PNPSR deverão instituir comitês gestores intersetoriais, integrados por representantes das áreas relacionadas ao atendimento da PSR, com a participação de fóruns, movimentos e entidades representativas desse segmento da população.

Porém, poucos foram os Estados e Municípios que instituíram tais comitês, mesmo aqueles entes federados que têm em seus escopos de atenção à saúde e assistência social dispositivos de cuidados específicos a essa parcela da população.

Ainda sobre a PNPSR, com relação aos princípios e diretrizes, destaca-se a valorização e respeito à vida e a cidadania, num atendimento humanizado e universalizado, com implantação e ampliação de ações educativas destinadas à superação do preconceito, e de capacitação dos servidores públicos para melhoria da qualidade e respeito no atendimento deste grupo populacional (BRASIL, 2009a).

Dentre os inúmeros objetivos da PNPSR, destaca-se

Art. 7º, inciso I que visa garantir o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda (BRASIL, 2009a).

No entanto, muito ainda tem que se avançar, pois ainda é perceptiva a ocorrência de atos de violação dos direitos mais básicos, como acesso aos serviços de saúde e assistência social, assim como, as formas mais absurdas de preconceitos, manifestados em forma de xingamentos como vagabundo, maloqueiro, preguiçoso e mendigo (BRASIL, 2014).

Esses rótulos sociais impostos a essas pessoas devem influenciar na forma em que eles se percebem e vão se relacionar com a sociedade, sendo de suma importância o resgate da identidade da PSR, afirmando suas identidades como pessoas com potencialidades e direitos e não mais como pobres que vivem em situação precária de invisíveis sociais (BRASIL, 2014).

Dando sequência a essa Política no componente de saúde, nas três esferas do SUS, o Ministério da Saúde (MS), através da Portaria nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009, instituiu

o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua (PSR), pois considerava a necessidade de promover a articulação entre as ações do MS com as demais instâncias do SUS, com vistas à equidade da atenção à saúde da PSR (BRASIL, 2009b).

O MS ainda justificou a importância da criação de um comitê, pelo caráter transversal das questões relacionadas à saúde da PSR e que a escuta de diferentes atores sociais era importante para o aprofundamento do conhecimento sobre o tema e o delineamento de estratégias intra e intersetoriais de intervenção (BRASIL, 2009b).

Apontava também para o reduzido número de ações e atividades voltadas à saúde da PSR, assim como a escassez de produção prática e teórica em centros de produção acadêmica, em instituições e organizações da sociedade civil (BRASIL, 2009b).

Dentre as atribuições específicas desse Comitê Técnico de Saúde, destaca-se a proposição de ações que visem o acesso da PSR ao SUS, apresentação de subsídios técnicos e políticos, e o acompanhamento e a avaliação de ações programáticas do MS no que se refere à saúde da população em situação de rua (BRASIL, 2009b).

Neste momento, o próprio MS já sinalizava para um novo campo de práticas e saberes e convocava a participação de intersetores, das pessoas vivendo em situação de rua e das organizações sociais ligadas às práticas de cuidados direcionadas a esta população, pois ainda precisava de muitos subsídios para efetivação de uma Política Pública.

Porém, é importante destacar que mesmo já havendo diálogos e ações do Estado e da sociedade civil visando a PSR, a proposta da PNPSR é de mudança paradigmática, pois a maioria das práticas desenvolvidas por esses atores era na ótica assistencialista e higienistas. Ou seja, o movimento que reconhece essas pessoas como cidadãos de direitos é recente e ainda não é bem acolhido na sociedade (BRASIL, 2014).

Segundo Mattos e Ferreira (2004), a sociedade ainda observa a PSR com olhares amedrontados, de soslaio e com expressão de constrangimento. Alguns a veem como perigosa, apressando o passo quando cruzam com ela. Outros logo consideram essas pessoas como vagabundas e que ali estão por não quererem trabalhar, olhando-as com hostilidade (MATTOS; FERREIRA, 2004).

O autor ainda diz que estas relações estão permeadas por receio de serem abordados por pessoas sujas e malcheirosas pedindo esmola. Mas há também os que sentem pena e olham-nas com comoção ou piedade (MATTOS; FERREIRA, 2004).

Enfim, todos esses olhares estigmatizantes e preconceituosos configuram um desafio na efetivação da política, pois irão permear e se fazer presentes nas relações de cuidado e nas abordagens junto a PSR.

Na perspectiva de desenvolver relações de cuidado com uma abordagem mais cidadã e que desse voz às pessoas em situação de rua, no final dos anos 1990, o professor Antônio Nery Alves Filho, professor da Universidade Federal da Bahia, coordenador do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), redigiu o projeto do Consultório de Rua, que foi coordenado pela psicóloga Miriam Gracie Plena durante cinco anos (CETAD, 2018).

A inspiração de Nery veio das experiências acumuladas durante doutoramento em sociologia, na cidade de Paris, onde conheceu a Organização Não Governamental Médicos do Mundo, organização francesa formada por profissionais de saúde que atendiam pessoas em situação de vulnerabilidade social, como moradores de rua e profissionais do sexo, através de um ônibus equipado como clínica (CETAD, 2018).

Em entrevista disponibilizada para o site do CETAD, Nery descreve que o ônibus se configurava num espaço o qual as pessoas em situação de rua tinham um lugar onde ancorar, conversar com alguém, serem examinadas, sem nenhuma exigência. O ônibus era equipado como um verdadeiro ambulatório (CETAD, 2018).

A necessidade do cuidado em loco à PSR era sustentado pelos resultados da pesquisa etnográfica sobre meninos e meninas de rua, usuários de substâncias psicoativas na cidade de Salvador / Bahia, que apontava para o fato de que a procura por tratamento no CETAD por essa população era pequena e quando iniciavam algum tipo tratamento, dificilmente davam continuidade. Com isso, percebeu-se a fragilidade na metodologia institucional, que não estava adequada às necessidades daquele grupo populacional (OLIVEIRA, 2009; CETAD, 2018).

Com isso, a ideia de um ambulatório móvel, que contasse com uma equipe profissional multidisciplinar formada por médicos, psicólogos, assistentes sociais, pedagogos e redutores de danos, era vista como uma estratégia adequada para intervenção junto aos usuários de drogas em situação de rua, pois possibilitava uma nova experiência num espaço clínico inusitado onde seria possível a observação da excepcionalidade e não da banalidade, valorizando as experiências vivenciadas pela PSR (CETAD, 2018).

Os bons resultados e as boas práticas da experiência do CETAD desenvolvidas com a PSR de Salvador, somadas à magnitude do consumo prejudicial de drogas, associada ao contexto de exclusão, vulnerabilidade e risco das pessoas em situação de rua, fizeram com



que o MS, em 2009, propusesse o Consultório de Rua como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS – PEAD (BRASIL, 2009c).

Em 2010, os Consultórios de Rua também foram incorporados ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC), constituindo-se como dispositivos públicos componentes da rede de atenção integral em saúde mental, oferecendo às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua (BRASIL, 2010).

Durante o desenvolvimento das práticas de cuidado, realizadas pelos consultórios de rua, despontaram demandas que deixaram claro que a PSR não necessitava de atenção apenas na abordagem quanto ao uso problemático de crack, álcool e outras drogas, precisava também de cuidados em saúde de maneira ampliada devido aos agravos decorrentes da situação de rua (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

Para o atendimento das demandas peculiares dessas pessoas, que se apresentam além daquelas relacionadas com o uso de álcool e outras drogas, a estratégia de cuidado foi ampliada, buscando acolher aquilo que estavam necessitando. No entanto, isso implicou no desafio de produzir cuidado capaz de absorver, em suas intervenções, o inesperado ou o não programado em termos da atenção prevista (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

Essa estratégia de cuidado ampliado foi chamada de Consultório na Rua (CNAR), que são equipes de atenção básica em saúde que objetivam desenvolver estratégias de cuidados específicos para a PSR, facilitando o acesso ao SUS por meio de uma equipe multidisciplinar que deve articular a rede intra e intersetorialmente, garantindo atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua (BRASIL, 2011a).

Porém, a responsabilidade da articulação do cuidado integral, universal e igualitário preconizado pelo SUS está colocado para todo e qualquer serviço de saúde, mas em se tratando do espaço da clínica na rua desenvolvida pelos CNAR, essas exigências parecem impor-se de forma intensa, persistente e inusitada (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014), para produzir um serviço de saúde que ultrapasse o esperado, o programado e o prescrito. Assim, a articulação intersetorial torna-se um grande desafio a ser superado, por mais que esse cuidado compartilhado esteja garantido e orientado, conforme a Portaria do MS Nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS. Segundo a PNAB,

As equipes de Consultório na Rua (eCNAR) deverão realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações das Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes de atenção básica do território (UBS e NASF), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social, entre outras instituições públicas e da sociedade civil (BRASIL, 2017).

Para a efetivação da PNAB, considerando as especificidades da PSR, os CNAR devem adequar horários de funcionamento que atendam às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana e nos municípios ou áreas que não tenham CNAR. O cuidado integral deve seguir sendo de responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo os profissionais de saúde bucal e os Núcleos de Assistência à Saúde da Família (NASF) do território onde essas pessoas estão concentradas (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2017).

Todavia, mesmo diante de toda a especificidade dessa população, o CNAR não pode se constituir e ser visto como a única porta de entrada do SUS para essas pessoas. Os outros componentes da rede de saúde, como as Unidades Básicas (UBS) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), devem estar igualmente capacitados para acolher esta parcela de usuários (BRASIL, 2011c).

No entanto, sabe-se que o processo de capacitação para qualificação do cuidado a essa população vai além do simples repasse de informação e conteúdo de bases teóricas, pois o olhar que se tem sobre essas pessoas ainda é carregado de preconceitos, “rótulos” e estigmas, segundo relato de 18,4% das pessoas entrevistadas na pesquisa nacional da PSR, que alegam já terem sido impedidas de receber atendimento na rede de saúde (CUNHA; RODRIGUES, 2009).

Levando em consideração a falta de pesquisas que revelem dados oficiais e atualizados sobre essa população, a prematuridade de uma Política Pública que existe apenas há nove anos e o olhar discriminatório que ainda existe sobre a PSR, pode-se afirmar que ainda há um grande caminho a se percorrer para a efetivação do cuidado em saúde, articulado, compartilhado e centrado nas necessidades dessas pessoas e que observe suas subjetividades, singularidades e o contexto da rua como território de existência.

Porém, pode-se apontar alguns avanços que, por mais discretos que sejam, têm muita importância na inserção da PSR no SUS, como por exemplo, a instituição da política nacional, a publicação do plano operativo de saúde da PSR e a adesão de muitos municípios à estratégia consultório na rua (BRASIL, 2014).

Destaca-se também como exemplo desses avanços as publicações de cartilhas e manuais de cuidados específicos para a PSR e os trabalhos de capacitação dos CNAR, realizados pelo MS em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP / FIOCRUZ), com o objetivo de afirmar a identidade dos Consultórios na Rua como serviço de Atenção Básica e componente da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014; LOPES, 2018), além da adoção de medidas que isentam a PSR de apresentar o endereço do domicílio permanente para aquisição do Cartão SUS e a sua participação em órgãos colegiados de controle social (BRASIL, 2011b).

Contudo, um serviço resolutivo e bem articulado às redes de saúde e de assistência, que atenda as demandas da PSR na sua integralidade, ainda está distante. Mas, propostas de estudos e práticas despontam a partir das experiências acumuladas nesses anos por pesquisadores e trabalhadores do SUS que se dedicam a esta modalidade de cuidado e que acreditam na efetivação da Política Pública voltada à PSR brasileira.

### **3.3 O Acesso à saúde para a PSR no Brasil**

Diante da velocidade das transformações socioeconômicas e do processo migratório forçado, desapropriações e desastres ambientais eclodem em cidades de grande parte do mundo, e grupos populacionais excedentes, que compartilham condições de extrema pobreza, são levados a usar as ruas e espaços públicos como local primordial de sobrevivência (BORYSOW; CONILL; FURTADO, 2017).

Compondo esse grupo estão as PSR que, por apresentarem heterogeneidade nos motivos de ida às ruas e nas estratégias de vida, necessitam de modalidades de atenção e cuidado que responda às suas demandas de forma resolutiva, equânime e integral. Por isso, a maioria dessas pessoas fará das ruas suas residências fixas, trazendo para o diálogo as ruas como espaço de produção de territórios existenciais (BRASIL, 2012).

Segundo estudo realizado na cidade de Vitória/ES, as pessoas em situação de rua podem permanecer semanas, meses ou anos no mesmo local, e esta permanência está intimamente ligada à tolerância daqueles cidadãos domiciliados no entorno (KUNZ;

HECKERT; CARVALHO, 2014). Mas é importante ressaltar que a não fixação domiciliar ainda é uma das principais características do modo de vida da maior parte da população que habita a rua, em que a intensa mobilidade espacial e existencial faz desse seguimento populacional um dos representantes nômades das cidades (GOMES, 2006).

No entanto, são inúmeras as circunstâncias que vão fazer com que essa população migre com tanta intensidade. Em destaque, estão as pressões e repressões experimentadas diariamente, as ameaças seguidas de práticas violentas atribuídas tanto aos agentes do serviço público como a moradores domiciliados que expressam suas intolerâncias com relação à PSR (KUNZ; HECKERT; CARVALHO, 2014).

Pode-se salientar que esse movimento característico da PSR é percebido em qualquer grande metrópole e que não se difere nos seus modos de ação com relação aos inúmeros grupos que vivem em situação de rua (KUNZ; HECKERT; CARVALHO, 2014).

Os processos migratórios da PSR se originam a cada movimento de repressão sofrida, que os obriga a procurar novos espaços para montar suas “casas”, transportando seus pertences quando possível, pois na maioria das vezes são recolhidos nessas ações higienistas (KUNZ; HECKERT; CARVALHO, 2014). Esse processo intenso de mobilidade é descrito e nomeado por Gomes (2006, p. 79, 80) como “Gente Caracol”, uma ilustração assemelhada desse grupo aos animais que carregam a casa nas costas.

Gente Caracol traz uma casa carregada junto ao corpo, assemelhando-se ao caracol e à tartaruga. Animais que como sabemos sentem-se totalmente desprotegidos quando fora de sua casa corpo. Gente Caracol apresenta a possibilidade de uma casa corpo, concebendo o corpo como um espaço ao mesmo tempo exterior e interior, com o qual o homem se encontraria parcialmente identificado, embora vinculado. A ideia de casa aqui proposta contrapõe àquela ligada ao modelo familiar burguês: ambiente sem nenhum grau de porosidade, que não se deixa penetrar pelo cheiro, pela sujeira, pelo ruído das ruas (GOMES, 2006, p. 79-80).

Como reflexo dessa migração, tem-se a formação de novos espaços de moradia, que podem ser espaços já habitados ou a formação de outro, que tenha em seu entorno uma rede de sobrevivência que possibilite a existência do grupo e pode ser que por essa razão que as ocupações, na maioria das vezes, não ocorram em áreas periféricas (KUNZ; HECKERT; CARVALHO, 2014).

O movimento itinerante, muitas vezes imposto, que se configura como característica da PSR, é usado para justificar a dificuldade de contagem dessa população para o censo

demográfico (IBGE, 2019) e aparece como um grande desafio para o cuidado de saúde e da assistência social. Mas diante do exposto, compreende-se que esse movimento é oriundo das próprias práticas de violência e preconceito da sociedade, que acolhe e exclui a todo o momento uma pessoa em situação de rua.

Entretanto, diante de tantos desafios para o cuidado da PSR, alguns Sistemas de Saúde estão desenvolvendo estratégias específicas para atender as demandas das pessoas de maior vulnerabilidade social e de saúde (MASSIGNAM; BASTOS; NEDEL, 2015).

Em Portugal, estão sendo implementadas as Equipes de Rua; nos Estados Unidos (EUA), as Clínicas Móveis de Busca Ativa; e no Brasil, os Consultórios na Rua (BORYSOW; CONILL; FURTADO, 2017).

Porém, em todos os países acima citados, inclusive no Brasil, são identificados problemas de acesso e continuidade do cuidado em saúde, atribuído à inadequação dos serviços às particularidades da PSR (BRASIL, 2012; PORTUGAL, 2009). Ainda, como parte do problema, estão os estigmas e preconceitos de que essa população é vítima, inclusive por parte de trabalhadores da saúde (BORYSOW; CONILL; FURTADO (2017); FURTADO, 2014).

Tais estigmas, que prejudicam o acesso à saúde, podem estar relacionados à prevalência de transtornos mentais e o uso abusivo de álcool e outras drogas, que se somam ao rompimento da PSR com suas redes sociais e coletivos protetores, aumentando sua vulnerabilidade (SILVA, 2006).

Diante do desafio dos limites impostos pela demanda espontânea e a necessidade de criação de estratégias de cuidado que melhorem o acesso da PSR aos serviços de saúde, surgem equipes de cuidado que têm seus processos de trabalho orientados para a busca ativa e a itinerância como formas facilitadoras de acesso e garantia de direito a essa população (LEMKE; SILVA, 2010). No entanto, mesmo se tratando de uma população extremamente vulnerável e com direitos constitucionais violados, inúmeras questões emergem das propostas de cuidados itinerantes, tanto de caráter político como técnico e institucional (BORYSOW; CONILL; FURTADO, 2017).

Como exemplo, têm-se as inúmeras dificuldades enfrentadas pelas equipes de Consultórios na Rua (eCNAR) para o atendimento dos problemas de saúde demandados pela PSR. Problemas oriundos de situações complexas, com vários agravos e condições de saúde combinadas (tuberculose, HIV/AIDS, uso intenso de drogas, entre outros), cujas respostas

necessitam de intervenções articuladas entre os gestores, profissionais de saúde e diversos outros setores (MACHADO; RABELLO, 2019).

Diante da complexidade apresentada, os profissionais de saúde que desenvolvem essa modalidade de cuidado devem buscar parcerias para o enfrentamento dos determinantes sociais do adoecimento, de modo a oferecer melhores respostas a essas pessoas, contribuindo de forma mais efetiva para a resolução dos problemas demandados (BRASIL, 2012). Mas para que isso aconteça, um nó crítico deve ser enfrentado: a questão da formação de profissionais da Atenção Básica para o SUS, com ênfase nos Consultórios na Rua. Destaca-se que estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) têm contribuído, de forma efetiva, para o enfrentamento das singulares iniquidades históricas no que tange às questões de saúde da população brasileira (LOPES, 2018, MENDES, 2010).

A formação e qualificação de profissionais de saúde, aqui consideradas todas as categorias de nível superior dispostas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 218, de 06 de março de 1997 (BRASIL, 1997), exige significativas mudanças paradigmáticas e conceituais no que tange à maneira de se compreender e agir sobre o processo saúde-doença experimentado na saúde pública brasileira, desde a implantação do SUS em 1988 (MACHADO; RABELLO, 2018). Historicamente, o que se observa é a reprodução de uma visão centrada nas técnicas biomédicas, com ênfase nos procedimentos que influenciam hegemonicamente a forma de pensar a saúde (MACHADO; RABELLO, 2018).

Sendo assim, se faz necessário o deslocamento do pensar saúde do eixo biomédico para o da atenção interdisciplinar, contribuindo para que os perfis profissionais estejam mais alinhados com os princípios e diretrizes do SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

No caso dos trabalhadores que compõem as eCNAR, o desenvolvimento de competências e habilidades que estejam em consonância com as necessidades de cuidado da PSR se faz necessário, pois é somente através de práticas colaborativas e em rede, na perspectiva da atenção em saúde centrada na pessoa, que se pode alcançar algum nível de resolutividade nas ações de saúde propostas.

Para que o cuidado à PSR ocorra nessa perspectiva e a mudança paradigmática aconteça, se faz necessário que as práticas de cuidado mudem de foco, deslocando o olhar do modelo hegemônico biomédico para um olhar que considere as interações singulares e subjetivas das PSR num modelo de cuidado interdisciplinar (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Diante desse contexto, percebe-se que há um grupo de fatores que prejudicam o acesso da PSR ao setor saúde. Como exemplos, estão: o intenso movimento itinerante, muitas vezes imposto por conta das repressões, ameaças e violência a que as PSR estão expostas diuturnamente; a falta de residência fixa; os preconceitos e estigmas sociais; e a inadequação dos serviços às peculiaridades dessa população.

### **3.4 Os princípios do SUS e o cuidado em saúde para a população em situação de rua no Brasil**

A Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, traz no capítulo II, Art. 7º, os princípios e diretrizes para o desenvolvimento das ações no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Dentre os treze princípios, quando o tema é população em situação de rua, há de se destacar: o primeiro e o quarto, que garantem o acesso universal e igualitário a todos, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; o segundo e o oitavo, que versam sobre a integralidade da assistência e a garantia da participação popular; e o terceiro princípio, que diz sobre a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.

De todos os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), o da Universalidade é o mais básico e fundamental. Ele trata da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, seja ele municipal, estadual ou federal (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Esse conceito enuncia a garantia de que todo cidadão tenha acesso à atenção à Saúde, sem qualquer discriminação. Isso significa dizer que todos, brasileiros natos ou estrangeiros residentes no país, devem ser atendidos pelos serviços públicos de saúde.

Segundo a lei, nos casos em que o serviço público não tenha como assegurar a assistência, deverá pôr à disposição da população serviços de saúde privado contratados conforme a legislação vigente (BRASIL, 1988; BRASIL 1990).

O princípio da Universalidade representa uma “boa nova” contida na Constituição Brasileira de 1988, na medida em que, até então, a maior parte da população brasileira não tinha essa garantia, pois antes do SUS, só tinham acesso a cuidados em saúde as pessoas que podiam pagar pela assistência usando seus próprios recursos, que configurava uma ínfima parcela da população e aqueles que eram trabalhadores com carteira assinada, que contribuía com a Previdência Social e tinham acesso aos serviços de assistência médica oferecidos pelo Estado brasileiro. Aqueles que não podiam pagar e quem não tinha emprego oficial não tinham acesso aos serviços de saúde, salvo aqueles oferecidos por instituições de caridade e alguns serviços para indigentes.

Sendo assim, na lógica do cuidado em saúde pré-SUS, havia três categorias de cidadãos: a dos privilegiados; a dos contribuintes; e a dos indigentes. Entretanto, com a criação do SUS e a efetivação do Princípio da Universalidade, todas as pessoas passaram a ter



acesso a todos os serviços de saúde, em todos os níveis de cuidado, sem nenhum tipo de discriminação.

Com isso, pode-se afirmar que se o SUS tivesse sido criado apenas com o foco na garantia da Universalidade, esta já poderia ser considerada uma grande reforma social, mas foi além e garantiu outros princípios básicos, como a Equidade e a Integralidade que se somam aos princípios organizacionais de descentralização, regionalização, hierarquização e participação social.

No entanto, com o passar dos anos, houve a necessidade de os conceitos que permeavam os princípios serem melhor definidos, para a garantia do direito constitucional à saúde e a efetivação do SUS, como exemplo o princípio da Equidade, pois na Lei esse conceito não poderia ser confundido com o de igualdade.

A equidade em saúde ocupa espaço de destaque no debate público setorial como objetivo a se alcançar na gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde (SUS), para a efetiva melhoria das condições de saúde do conjunto da população brasileira em todo o território nacional.

Para Lucchese (2003), a dificuldade de debate sobre o tema se apresenta quando da necessidade de se estabelecer um conceito preciso sobre equidade, que evidencie a complexidade do ambiente em que se processam as tarefas públicas para a redução das desigualdades inter-regionais e o contexto de interação e interdependência entre processos econômicos, sociais e culturais em níveis mundiais e nacionais, que pressionam as agendas governamentais nestes tempos de globalização.

Segundo Scorel (2005), Nascimento e Edler (2005), o uso do termo Equidade é recente na saúde pública brasileira, mas foi consolidado pela Constituição Federal, promulgada em 1988 (BRASIL, 1988). No texto da Lei Magna, os autores consideram que a referência ao conceito parece estar vinculada ao direito do cidadão à saúde e ao dever do Estado de garantir esse direito, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Objetivamente, “Equidade” aparece no texto constitucional no Capítulo II - Da Seguridade Social, Seção I - Disposições Gerais, Artigo 194, Parágrafo único, Inciso V, referindo-se especificamente ao custeio da Seguridade Social, mas o conceito também está presente nos incisos II e III:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Parágrafo único. Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos: [...] II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; [...] V - equidade na forma de participação no custeio (BRASIL, 1988).

O termo Equidade não consta na Lei 8.080/90, nem na Lei 8142/90, consideradas as Leis Orgânicas da Saúde. Mas para Granja *et al* (2010), a Equidade é um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, seu conceito é polissêmico e assume diversas interpretações. Segundo esses autores, há uma definição “central” possível para o conceito, que está presente de forma geral nos textos que tratam do assunto:

Equidade é tratar cada usuário dos serviços segundo suas necessidades de saúde, priorizando no atendimento os mais necessitados, por critérios clínicos ou epidemiológico-sociais, depois de garantir acesso igualitário e sem discriminação a todos (GRANJA *et al.*, 2010).

No entanto, mesmo se compreendendo a Integralidade, a Universalidade e a Equidade como “Princípios Doutrinários” do SUS, isso não impede que eles sejam abordados conceitualmente, afinal, inicialmente os títulos das postagens que trataram da Integralidade e da Universalidade falam em “Conceitos Fundamentais” (GRANJA *et al.*, 2010).

Nesse sentido, para uma melhor abordagem desses conceitos fundamentais, destacam-se quatro elementos básicos a serem definidos para a efetivação do princípio da equidade e que devem, necessariamente, ser levados em consideração na consolidação do SUS: a justiça social; a igualdade; o acesso universal; e a priorização dos que mais precisam para redução das iniquidades (GRANJA *et al.*, 2010).

Segundo Pontes *et al* (2009), uma forma de reduzir essas iniquidades é assegurando que as ações e serviços sejam oferecidos aos cidadãos, independentemente do nível de complexidade que cada caso requeira e da região em que o indivíduo resida (PONTES *et al.*, 2009). Espera-se que, pela efetivação dos princípios do SUS, sejam assegurados a todos os brasileiros o atendimento igualitário sem privilégios ou barreiras, uma vez que o olhar que o sistema tem perante o seu usuário é de igualdade e a estes deverá ser oferecido atendimento conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos (PONTES *et al.*, 2009).

No entanto, cabe aqui ressaltar que não se pode confundir igualdade com equidade, mas pode-se afirmar que é através da efetivação do princípio da equidade que se objetiva diminuir as desigualdades. Assim, compreende-se que os termos se completam, mas não são sinônimos.

Apesar de todos terem direito de acesso aos serviços, independentemente de cor, raça ou religião e sem nenhum tipo de privilégio, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Sendo assim, deve-se proporcionar um atendimento desigual para necessidades desiguais; isso é o que caracteriza o princípio de justiça social (PONTES *et al.*, 2009). Portanto, a “equidade” é a tarefa que tem o Estado de reconhecer que todos têm direito à saúde e que as ações de cuidado devem respeitar a diversidade entre as populações e os lugares onde vivem.

Assim como os princípios da Universalidade e Equidade podem ser vistos como fortes alicerces no processo de construção do SUS, o princípio da Integralidade vem para consolidar um modelo de atenção à saúde, que se expressa na prática dos serviços, em que todas as pessoas são vistas como um todo indivisível e integrante de uma comunidade (PONTES *et al.*, 2009). O todo indivisível ao qual o termo se reporta diz respeito à atenção em que as ações de saúde possam vir contemplar um ser integral e não compartimentalizado.

Contudo, para que essas ações e serviços, independentemente do seu grau de complexidade, aconteçam de forma a efetivar o princípio da Integralidade, o SUS deve prover estruturas e profissionais qualificados e suficientes para garantir o cuidado como um todo (PONTES *et al.*, 2009).

A Integralidade como princípio fundamental do SUS se faz através do acolhimento da pessoa que recorre ao sistema de saúde, sem que haja a redução de seu estado a um mero dado biológico ou estado psicológico, pois o adoecimento é uma manifestação da singularidade da pessoa como um todo, não algo estranho a si mesma que simplesmente lhe invade e que diz respeito apenas a um órgão (CURVO *et al.*, 2018).

Em princípio, o conceito de “Integralidade” remete ao atendimento integral da pessoa, observando-a como sujeito e não como objeto, vítima de um mal que lhe é totalmente alheio e que lhe invade como uma entidade sobrenatural. Nesse sentido, a pessoa deve ser vista como protagonista na promoção de seu bem-estar, no seu adoecimento e, é claro, na sua cura.

Observando por esse vértice, a integralidade é o fundamento de toda e qualquer prevenção eficaz, sendo fundamental no processo de cura e recuperação. Oferecer assistência

integral é ir contra o consumo de bens e serviços de saúde, promovendo a singularidade, considerando a pessoa como um todo, integralmente.

Garantir o fortalecimento do SUS, através de práticas em saúde que estejam legitimadas na efetivação dos princípios doutrinários da Universalidade, Equidade e Integralidade, é forma de construção de possibilidades reais para diminuir as iniquidades e desigualdades no cuidado à População em Situação de Rua (PSR).

Entretanto, as desigualdades sociais vivenciadas pela PSR repercutem diretamente na qualidade de vida e saúde dessa população. Nesse sentido, o empobrecimento populacional brasileiro exerce influências significativas na qualidade de saúde das pessoas, uma vez que a saúde individual não se limita às suas dimensões biológica e psicológica; ao contrário, está diretamente relacionada com as condições de vida dos seres humanos e sofre influência das políticas sociais e econômicas adotadas pelos países (BRÊTAS; OLIVEIRA, 1999).

No Brasil, a universalização proposta na criação do SUS trouxe o desafio da inclusão de grupos populacionais historicamente marginalizados, como são as pessoas em situação de rua, ao direito amplo de cuidado em saúde.

Frente a esse desafio, e com olhar equânime, estratégias para ampliação do acesso e garantia de direitos vêm sendo desenvolvidas. Uma dessas estratégias é o Consultório na rua (CnaR), que se destina a promover o cuidado integral à saúde da PSR com o desenvolvimento de um olhar ampliado de cuidado coerente ao princípio da integralidade do SUS quanto ao projeto ético de atenção (CURVO *et al.*, 2018).

Entretanto, a integralidade leva à horizontalização dos procedimentos de cuidado que, historicamente, no Brasil, sempre foram verticalizados e focados na assistência médica, pois se compreende que a ação puramente comercial de oferecer serviços de saúde verticalizados costuma contrariar o princípio da integralidade por motivos óbvios (CURVO *et al.*, 2018).

As pessoas, ou grupos populacionais, ao serem observados, entendidos e assistidos de forma integral, isto é, de forma que a maior abrangência possível das características de seu modo de vida seja levada em conta, propiciará um menor adoecimento, pois haverá possibilidade de cuidado em saúde mais amplo e efetivo. Assim, conseqüentemente, as pessoas adoecerão menos e, certamente, gastarão também menos com exames, medicamentos, cirurgias e internações (CURVO *et al.*, 2018).

Para Perestrello (1996), a importância do cuidado integral se faz necessária por compreender que,

A doença, portanto, não é algo que vem de fora e se superpõe ao homem, é sim um modo peculiar de a pessoa se expressar em circunstâncias adversas. É, pois, como suas várias outras manifestações um modo de existir, ou melhor, de coexistir, já que, propriamente, o homem não existe, coexiste. E como o ser humano não é um sistema fechado, todo o seu ser se comunica com o ambiente, com o mundo, e mesmo quando aparentemente não existe comunicação, isto já é uma forma de comunicação, com o silêncio, às vezes, é mais eloquente do que a palavra (PERESTRELLO, 1996, não paginado).

A forma de cuidado centrada na doença pode dificultar o olhar integral que deve ser dado à pessoa, pois a preferência pelo olhar compartimentalizado faz com que a patogenia seja preservada e, se possível, ampliada. O profissional de saúde que pensa e age assim centra o cuidado na promoção da doença ao invés de promover saúde e ter como centro do cuidado a pessoa.

O olhar compartimentalizado da pessoa, como na extrema especialização que caracteriza algumas práticas médicas, é contrário ao princípio da integralidade e, usualmente, costuma reforçar, incentivar e gerar o adoecimento. Nessa perspectiva, pode-se dizer que o sistema de saúde que havia quando foi criado o SUS era essencialmente um “sistema de doença” (CURVO *et al.*, 2018).

Ainda hoje, é muito presente o foco na doença e no olhar compartimentalizado, mas muito tem sido orientado para as práticas de cuidado centrado na pessoa, legitimando o princípio doutrinário da integralidade no SUS que sugere mudanças na forma de cuidar, em especial das pessoas com maior vulnerabilidade para o adoecimento, como as em situação de rua.

A adoção dessas práticas de cuidado centrada na pessoa sugere aos profissionais de saúde do SUS a missão da continuidade na efetivação dos princípios da integralidade, equidade e universalidade, agindo de forma diferente e promovendo a saúde das pessoas com o envolvimento efetivo das mesmas, estimulando a participação popular como princípio básico do cuidado no fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

## 4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Para esta pesquisa, foi utilizado o método qualitativo descritivo, por se tratar de um estudo que busca compreender as crenças, as relações, as percepções e opiniões, ou seja, os produtos das interpretações que os humanos fazem durante suas vidas, da forma como constroem seus artefatos materiais e a si mesmos, como sentem e pensam (MINAYO, 2008, p. 57).

### 4.1 Participantes

Para o presente estudo, foi utilizado o termo Pessoa em Situação de Rua, com a finalidade de destacar a transitoriedade dessa situação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), levando em consideração a possibilidade de desconstrução dos estigmas sofridos por essas pessoas (SCHUCH; GEHLEN, 2012).

O local de acesso aos participantes da pesquisa se deu no âmbito do Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centro Pop) da cidade de Manaus-AM, sendo este centro parte integrante da rede de referência da Proteção Social Especial de Média Complexidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) tendo caráter público, direcionando atendimento especializado às pessoas em situação de rua (BRASIL, 2011a).

Nesse contexto, o pesquisador teve acesso a um grupo de aproximadamente 25 pessoas que, no momento da pesquisa, estavam na sala de espera do Centro Pop aguardando atendimento. Nessa oportunidade, dirigi-me a eles para falar sobre a pesquisa e assim convidá-los a participarem. Numa conversa informal com o grupo, foi esclarecido sobre a pesquisa, utilizando os critérios de inclusão: maior de 18 anos; ambos os sexos; ausência de quadro de transtorno mental ou características de abuso de álcool ou outra drogas que pudessem alterar a cognição no momento da pesquisa; estar em situação de rua há mais de um ano na cidade de Manaus. Critérios de exclusão: estar há menos de um ano em situação de rua; e menores de idade.

Na mesma hora, sete deles levantaram a mão interessados em colaborar. Como todos se enquadraram nos critérios de inclusão, após os primeiros esclarecimentos, todos aceitaram participar da pesquisa.

## **4.2 Procedimentos de coleta dos dados**

A pesquisa de campo foi realizada em fevereiro de 2020 no âmbito do Centro Pop. Para a coleta de dados, foi utilizada a técnica de Grupo Focal (GF), por se tratar de uma importante técnica de coleta em pesquisa de natureza qualitativa e que, pelo seu dinamismo, propicia ao grupo momentos ricos de trocas e de interações, colocando o pesquisador numa posição intermediária privilegiada entre a observação participante e as entrevistas em profundidade. Nesta técnica, há interesse não somente no que as pessoas pensam e expressam, mas também em como elas pensam e por que pensam (GATTI, 2005).

O GF teve duração de uma hora e meia, com a participação de sete pessoas em situação de rua, do pesquisador e moderador do grupo, uma psicóloga do serviço como observadora e a Assistente Social da Equipe do Consultório na Rua como relatora.

Após esclarecidos todos os objetivos do estudo e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), deu-se início ao GF, começando com uma apresentação individual, em que os mesmos poderiam falar um pouco de suas trajetórias de vida. Logo após a apresentação inicial, foram direcionadas perguntas pré-selecionadas de acordo com os objetivos da pesquisa de forma a dar início aos diálogos em grupo, quais sejam:

- 1) Quando vocês se consideram estar com algum problema de saúde?
- 2) Quando vocês se encontram assim, com problema de saúde, o que fazem e onde procuram cuidados?
- 3) De que forma e onde vocês gostariam de ser cuidado?

## **4.3 Estratégias de organização e análise dos dados**

Os áudios obtidos dos diálogos que se deram nos Grupos Focais foram escutados, transcritos integralmente e lidos exaustivamente. A partir das repetições de palavras e ideias, os dados foram organizados para serem analisados a partir do conteúdo temático sugerido por Bardin (2016). Os áudios transcritos foram relacionados ao contexto do momento que foi falado, devidamente registrados pelo observador e relator do GF. Assim, foram formadas as unidades de análise descritas à luz do referencial bibliográfico selecionado, com inferências e interpretações do autor.

#### **4.4 Disposições éticas**

Essa pesquisa é amparada pelo Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) de número 924.432, de 20 de dezembro de 2014, e 3.057.573, de 05 de dezembro de 2018, pois a mesma compõe o macroprojeto do Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas (APIS), o qual se dedica a analisar a implementação e articulação dos diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil para a atenção às situações de crise e urgência em saúde mental.

A pesquisa está incluída no item f do objetivo secundário do macroprojeto, que prevê identificar estratégias para ampliar a resolutividade do cuidado em rede às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental. Todos os aspectos que envolveram a pesquisa estiveram de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a).

Para resguardar o anonimato e sigilo da identidade dos participantes, atribuiu-se a letra “P” de participante e os números de 1 a 7, referentes à quantidade de pessoas que concordaram fazer parte do estudo.



## 5 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa serão apresentados em forma de artigo, conforme resolução normativa N° 14/2019/PROPG, de 11 de ABRIL DE 2019, que dispõe sobre os procedimentos para elaboração e disponibilização no Repositório Institucional de trabalhos de conclusão de curso em nível de mestrado e de doutorado na Universidade Federal de Santa Catarina.

### 5.1 ARTIGO – PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: TRAJETÓRIAS, SENTIDOS, EXPECTATIVAS E CAMINHOS PERCORRIDOS NA CIDADE DE MANAUS

#### PEOPLE IN THE STREET: TRAJECTORIES, DIRECTIONS, EXPECTATIONS AND PATHS TRAVELED IN THE CITY OF MANAUS

Jailson da Silva Barbosa<sup>1</sup>  
Maria Terezinha Zeferino<sup>2</sup>

**Resumo:** O número de pessoas vivendo em situação de rua no Brasil vem aumentando de forma expressiva nos últimos anos. Entender suas trajetórias de vida, sentidos e significados do que é estar nesta situação é o primeiro passo para atender, de forma humanizada, as suas necessidades, criando vínculos entre essa população e o serviço de saúde. Este estudo teve como objetivo compreender as necessidades de cuidados às pessoas em situação de rua da cidade de Manaus a partir de suas realidades. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) de número 924.432, de 20 de dezembro de 2014, e 3.057.573, de 05 de dezembro de 2018. Foram incluídos entre os participantes aqueles que aceitaram o convite e assinaram o TCLE conforme resolução CNS 466/2012. Para coleta de dados, foi realizado um Grupo Focal num espaço cedido pelo Centro POP da cidade de Manaus no mês de fevereiro de 2020. Os participantes foram predominantemente homens, jovens, negros, com idade entre 21 e 55 anos que, em média, estavam em situação de rua há 10 anos. Avaliando as unidades de análise (Trajetória de vida e inserção no mundo das ruas; Sentidos e significados do adoecer na rua; Caminhos percorridos em busca do cuidado em saúde; Expectativas e quereres sobre a forma que desejam ser cuidados), podemos considerar que a desvinculação familiar vivenciada por essas pessoas estão ligadas

---

<sup>1</sup> Enfermeiro, Especialista em Saúde Mental. Alcool e outras Drogas (FIOCRUZ) Mestrando em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (UFSC).

<sup>2</sup> Professora Dra do Departamento de Enfermagem / UFSC

ao uso abusivo de álcool e outras drogas, que adoecer é não poder se locomover nas ruas num conceito que transcende os propostos pela literatura, que quando adoecem procuram mais os serviços hospitalares que as unidades básicas de saúde, alimentam expectativas de melhorias no acesso a serviços que os acolham com respeito e dignidade e sonham com a possibilidade de saírem das ruas.

**Palavras-chave:** pessoas em situação de rua; atenção à saúde; processo saúde e doença.

**Abstract:** The number of people living on the streets in Brazil has increased significantly in recent years. Understanding their life trajectories, senses and meanings of what it is to be in this situation is the first step to humanely meet their needs, creating links between this population and the health service. This study aimed to investigate how to take care of Homeless People in the city of Manaus based on their real needs, describing the understanding of these people about illness, the paths they seek to take care of themselves, their needs and expectations regarding the care they want receive. The project was approved by the ethics committee of the Federal University of Santa Catarina (UFSC) number 924.432 of December 20, 2014 and 3,057,573 of December 5, 2018. Participants who accepted the invitation and signed the TCLE according to CNS resolution 466/2012. For data collection, a Focus Group was carried out in a space provided by the POP Center in the city of Manaus in February 2020. The participants were predominantly young, black men, aged between 21 and 55 years old, who were on average living on the streets 10 years ago. Assessing the units of analysis (Life trajectory and insertion in the world of the streets; Meanings and meanings of falling ill on the street; Paths taken in search of health care; Expectations and desires about the way they want to be cared for), we can conclude that the disengagement family life experienced by these people is linked to the abuse of alcohol and other drugs, that getting sick is not being able to move on the streets in a concept that transcends those proposed in the literature, which when they get sick, they seek more hospital services than basic health units, they feed expectations of improvements in access to services that welcome them with respect and dignity and dream of being able to leave the streets.

**Keywords:** homeless people; health care; health and illness process.

## **Introdução**

A condição de rua tem sua origem ainda na época do Brasil Colônia, quando da soltura dos escravos das fazendas, acrescido da chegada de imigrantes camponeses pobres vindos da Europa. O processo de abolição da escravatura e a Lei do Ventre Livre dava aos ex-escravos a liberdade das ruas do Brasil como possibilidade de moradia. Este processo vem dar início ao desenho das atuais periferias urbanas e da representação social da pessoa em situação de rua como sujeito que não quer trabalhar, vagabundo, habitante da rua e pedinte (ANDRADE; COSTA; MARQUETTI, 2014).

No século XIX, as pessoas em situação de rua, por serem vistas como vagabundos que habitavam as ruas da cidade, sofreram o peso da lei, pois vadiagem passou a ser crime, tipificado pela legislação vigente na época e essas pessoas passaram a ser classificadas desta forma. Desde aquele momento, essa população vive à espreita de ações violentas, tendo seus direitos violados, com dificuldades de reintegração social e discriminação. No entanto, após a brutal chacina na Praça da Sé, em São Paulo, pessoas em situação de rua se uniram como movimento popular e social em 2005. Desde então, esse movimento tem lutado por condições dignas de existência e moradia (ANDRADE; COSTA; MARQUETTI, 2014).

O termo “pessoas em situação de rua” tem sido utilizado para enfatizar a transitoriedade da vivência nas ruas. Essa ideia se deu a partir do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), que nos dias de hoje tem forte atuação de controle social em diferentes localidades do país. O MNPSR busca o reconhecimento da terminologia “situação de rua” em vez de “morador de rua”, por entenderem que são condições distintas que devem ser vistas, uma vez que “morador de rua” traz consigo todo os estigmas e preconceitos sociais para com essa população (MNPSR, 2010).

Segundo Schuch e Gehlen (2012), o reconhecimento dessa população como pessoas em situação ou trajetória de rua desmonta a idéia de algo homogêneo atribuído por rótulos estereotipados, como vagabundos, drogados e mendigos, tendo como fator principal a falta de moradia e moralidade.

Para o mesmo autor, adotar a concepção de “pessoas em situação de rua” é definir uma identidade positiva e única para essa população, pois considera que elas podem ser protagonistas de suas histórias, empoderadas e capacitadas para as lutas políticas por

garantia de direitos e melhor dignidade humana a todos, unindo-os por um sentimento de mútua ajuda e solidariedade (SCHUCH; GEHLEN, 2012).

No Brasil dos dias atuais, a População em Situação de Rua (PSR) está caracterizada por ser heterogênea e define-se por apresentar: pobreza extrema; vínculos familiares interrompidos ou fragilizados; inexistência de moradia convencional regular; e a utilização dos logradouros públicos e áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento (BRASIL, 2009a).

No entanto, também devem ser consideradas a criatividade, as práticas sociais e lutas políticas realizadas em torno da multiplicidade de significados característicos dessa população, tendo na sua heterogeneidade e na complexidade de sua formação, os balizadores para toda e qualquer forma de cuidado e de ação humanitária (SCHUCH; GEHLEN, 2012).

Estima-se que no País exista mais de 220.000 pessoas vivendo nessas condições (NATALINO, 2020), enfrentando singulares iniquidades históricas no que tange às questões de acesso à saúde e a direitos humanos fundamentais (MENDES, 2010; KUNZ; HECKERT; CARVALHO, 2014).

Diante das necessidades apresentadas por esta população, foi instituída a Política Nacional para População em Situação de Rua – PNPR (BRASIL, 2009a). Em sequência à PNPR, foram propostas pelo Ministério da Saúde, dentro da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as equipes de Consultório na Rua (eCNAR) como uma estratégia de cuidado integral a essas pessoas (BRASIL, 2012), pois, na maioria dos casos, o enfrentamento dos determinantes sociais do adoecimento se torna uma práxis que deve ser compreendida para que se possam alcançar respostas mais efetivas (BRASIL, 2012; 2017).

Com a criação dessas equipes de Atenção Básica (AB) específicas, diversas questões e desafios se apresentaram para a viabilidade do cuidado em saúde a que se propõe, como a organização dos processos de trabalho destes serviços, sua inserção nas redes de atenção à saúde e a questão da formação e qualificação de profissionais de saúde com habilidades e competências adequadas e oportunas para atuar em um contexto tão novo e singular. (MACHADO, 2019).

O conceito de saúde e a percepção do adoecer ganham diferentes significados a depender da população em questão, do momento histórico e dos valores e costumes de determinada sociedade que vão revelar aspectos do seu viver (BACELLAR; ROCHA; FLÔR, 2012). Nesse sentido, a constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS)

afirma: “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 2012, não paginado).

A partir desse entendimento, desconstruir o conceito de saúde que prioriza ações medicamentosas, curativas e a ausência de doença, enfatizando o completo bem-estar físico, mental e social, se faz extremamente necessário para alcançar as pessoas em situação de rua (PEREIRA *et al.*, 2011). Uma abordagem de saúde a partir do paradigma biopsicossocial pressupõe a inclusão das dimensões coletivas e subjetivas, considerando aspectos além dos biológicos no processo saúde-doença. Isso supõe que a saúde é resultado de um processo social que representa as condições de existência dos indivíduos (PEREIRA *et al.*, 2011).

Diante do desafio de propor novos olhares às questões de saúde e doença das pessoas em situação de rua, e tendo em vista a escassez de produção científica sobre indicação de diretrizes e orientações para a organização do cuidado para essas pessoas, como também, para a formação de profissionais voltados para essa população, o presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de compreender as necessidades de cuidados às pessoas em situação de rua da cidade de Manaus a partir de suas realidades.

### **Aspectos Metodológicos**

Para esta pesquisa, foi utilizado o método qualitativo descritivo, por se tratar de um estudo que busca compreender as crenças, as relações, as percepções e opiniões, ou seja, os produtos das interpretações que os humanos fazem durante suas vidas, da forma como constroem seus artefatos materiais e a si mesmos, como sentem e pensam (MINAYO, 2008, p. 57).

Para o presente estudo, foi utilizado o termo Pessoa em Situação de Rua com a finalidade de destacar a transitoriedade dessa situação (BRASIL, 2012), levando em consideração a possibilidade de desconstrução dos estigmas sofridos por essas pessoas (SCHUCH; GEHLEN, 2012).

O local de acesso aos participantes da pesquisa se deu no âmbito do Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centro Pop) da cidade de Manaus-AM. Este centro é parte integrante da rede de referência da Proteção Social Especial de Média Complexidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), tendo caráter público, direcionando atendimento especializado às pessoas em situação de rua (BRASIL, 2011a).

Nesse contexto, o pesquisador teve acesso a um grupo de aproximadamente 25 pessoas que, no momento da pesquisa, estavam na sala de espera do Centro Pop aguardando atendimento. Nessa oportunidade, dirigi-me a eles para falar sobre a pesquisa e assim convidá-los a participarem. Numa conversa informal com o grupo, foi esclarecido sobre a pesquisa, utilizando os critérios de inclusão: maior de 18 anos; ambos os sexos; ausência de quadro de transtorno mental ou características de abuso de álcool ou outra drogas que pudessem alterar a cognição no momento da pesquisa; estar em situação de rua há mais de um ano na cidade de Manaus. Na mesma hora, sete deles levantaram a mão interessados em colaborar. Como todos se enquadraram nos critérios de inclusão, após os primeiros esclarecimentos todos aceitaram participar da pesquisa. Os critérios de exclusão eram: estar há menos de um ano em situação de rua; e menores de idade.

A pesquisa de campo foi realizada em fevereiro de 2020 no âmbito do Centro Pop. Para a coleta de dados, foi utilizada a técnica de Grupo Focal (GF), por se tratar de uma importante técnica de coleta de dados em pesquisa de natureza qualitativa e que pelo seu dinamismo propicia ao grupo momentos ricos de trocas e de interações, colocando o pesquisador numa posição intermediária privilegiada entre a observação participante e as entrevistas em profundidade, pois nesta técnica há interesse não somente no que as pessoas pensam e expressam, mas também em como elas pensam e por que pensam (GATTI, 2005).

O GF teve duração de uma hora e meia, com a participação de sete pessoas em situação de rua, do pesquisador e moderador do grupo, uma psicóloga do serviço como observadora e a Assistente Social da Equipe do Consultório na Rua como relatora.

Após esclarecidos todos os objetivos do estudo e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), deu-se início ao GF, começando com uma apresentação individual, em que os mesmos poderiam falar um pouco de suas trajetórias de vida. Logo após a apresentação inicial, foram direcionadas perguntas pré-selecionadas de acordo com os objetivos da pesquisa de forma a dar início aos diálogos em grupo, quais sejam:

- 1) Quando vocês se consideram estar com algum problema de saúde?
- 2) Quando vocês se encontram assim, com problema de saúde, o que fazem e onde procuram cuidados?
- 3) De que forma e onde vocês gostariam de ser cuidado?

Os áudios obtidos dos diálogos que se deram nos Grupos Focais foram escutados, transcritos integralmente e lidos exaustivamente. A partir das repetições de palavras e

ideias, os dados foram organizados para ser analisados a partir do conteúdo temático sugerido por Bardin (2016). Os áudios transcritos foram relacionados ao contexto do momento que foi falado, devidamente registrados pelo observador e relator do GF. Assim, foram formadas as unidades de análise descritas à luz do referencial bibliográfico selecionado, com inferências e interpretações do autor.

Essa pesquisa é amparada pelo Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) de número 924.432 de 20 de dezembro de 2014 e 3.057.573 de 05 de dezembro de 2018, pois a mesma compõe o macroprojeto do Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas (APIS), o qual se dedica a analisar a implementação e articulação dos diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil para a atenção às situações de crise e urgência em saúde mental.

Está incluída no item f do objetivo secundário do macroprojeto, que prevê identificar estratégias para ampliar a resolutividade do cuidado em rede às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental. Todos os aspectos que envolveram a pesquisa estiveram de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a).

Para resguardar o anonimato e sigilo da identidade dos participantes, atribuiu-se a letra “P” de participante e os números de 1 a 7 referentes à quantidade de pessoas que concordaram fazer parte do estudo.

## **Resultados e discussão**

Ao analisar os resultados a partir das suas falas, emergiram as seguintes unidades de análise: Trajetória de vida e inserção no mundo das ruas; Sentidos e significados do adoecer na rua; Caminhos percorridos em busca do cuidado em saúde; Expectativas e querer sobre a forma que desejam ser cuidados.

### **Trajetória de vida e inserção no mundo das ruas**

Nesta etapa da pesquisa, buscou-se obter das pessoas participantes do estudo, informações sobre suas histórias e andanças nas ruas da cidade de Manaus, de modo a conhecer o que as levou à situação em que vivem na atualidade. As informações obtidas foram condensadas no quadro abaixo.

**Quadro 1** - Dados dos participantes da pesquisa

Informações	Participantes						
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Idade (anos)	30	21	47	Não informou	34	55	26
Gênero	Masculino	Trans Sex Feminino	Feminino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
Procedência	Manaus	Venezuela	Manaus	Manaus	Manaus	Belo Horizonte	Belém
Tempo em situação de rua (anos)	20	02	01	Não informou	20	15	Não informou
Motivos para a situação de rua	Uso de álcool e outras drogas;  Perda de ente na família.	Uso de álcool e outras drogas.	Uso de álcool e outras drogas;  Perda de ente na família.	Uso de álcool e outras drogas;  Depressão.	Uso de álcool e outras drogas;  Separação dos pais.	Uso de álcool e outras drogas;  Desemprego.	Uso de álcool e outras drogas.
Vínculo familiar	Possui (tias)	Não possui	Possui (filhos, irmão)	Possui (irmãos)	Possui (irmãs)	Não possui	Possui (mãe)
Cadastro único	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim

**Fonte:** Pesquisa de campo realizada (fev. 2020).

Participaram da pesquisa cinco pessoas do sexo masculino, uma do sexo feminino e uma mulher trans. Essas pessoas têm idade entre 21 e 55 anos, são procedentes na sua



maioria da cidade de Manaus (04 pessoas) e os demais de outros estados brasileiros (02 pessoas), sendo que uma é natural de um outro país.

Quanto ao tempo em que se encontram em situação de rua, houve uma variação que vai de 01 a 20 anos, sendo que em média os mesmos se encontram há 10 anos nesta situação.

A pesquisa aponta resultados que, de certa forma, reproduzem os dados encontrados em outras pesquisas. A semelhança pode ser vista quando comparamos os dados encontrados com aqueles da Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua, que aponta uma predominância de homens jovens, negros (pardos somados a pretos, conforme classificação proposta pelo IBGE), em idade produtiva, mas à margem de possibilidades reais para o desenvolvimento humano, pois em suas histórias de vida o que mais experimentam são processos de exclusão e preconceito quando se observa que a maioria dessas pessoas sequer concluiu o ensino fundamental, tendo portanto, baixa escolaridade, o que na atualidade, reforça a exclusão social (CUNHA; RODRIGUES, 2009).

Diante deste contexto, se faz necessário destacar a maior prevalência de homens em situação de rua, gerando a reflexão sobre a importância da atenção à saúde do homem, lembrando que eles são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e por isso morrem mais precocemente que as mulheres (FAVORITO, 2008).

Sendo assim, é de extrema importância que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem tenha em pauta constantes diálogos e práticas que contemplem os homens que se encontram em situação de rua. Se essa Política Pública já reconhece que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública (BRASIL, 2008), faz-se necessário pensar equitativamente que os homens em situação de rua, que vivem diuturnamente em condições de alta vulnerabilidade, deveriam receber especial atenção por parte daqueles que operam esta política.

Por outro lado, os operadores da Política Nacional para a População em Situação de Rua, em todos níveis, deveriam ter como rotina em suas práticas de cuidado, o trabalho de articulação de rede para respostas mais potentes às demandas das pessoas em situação de rua, visto que nas ruas vivem mulheres, homens, idosos, crianças, jovens, pessoas LGBT, pessoas em sofrimento psíquico, negros, índios, egressos do sistema prisional, apenados e outros (MONTIEL *et al.*, 2015). Se faz necessário transformar, assim, a política da população em situação de rua num processo que é transversal a muitas outras políticas de

saúde que já estão mais fortalecidas, como é o caso da Política Pública direcionada à Saúde da Mulher.

Diante dessa diversidade, aponta-se para a necessidade do desenvolvimento e fortalecimento de uma rede intersetorial de cuidado à pessoas em situação de rua, em que todos operadores das políticas públicas envolvidas possam assumir responsabilidades (BORYSOW; FURTADO, 2013; MONTIEL *et al.*, 2015). Segundo Borysow, Furtado (2013), esta responsabilidade muitas vezes é assumida apenas pelos serviços da assistência social.

Para Lisboa (2013), a falta de articulação entre a saúde e a assistência social, principalmente em relação a questões referentes ao sofrimento psíquico das pessoas em situação de rua, promove uma cronificação e institucionalização da pessoa.

Esta falta de articulação da rede de saúde com a intersetorialidade para que se alcance resposta mais potentes às demandas das pessoas em situação de rua, em especial aquelas com sofrimento psíquico, segundo Borysow e Furtado (2013) e Montiel *et al.* (2015), acontece por conta da dificuldade que os serviços de saúde mental ainda apresentam em realizar atendimentos no local em que as pessoas em situação de rua vivem, bem como vinculá-las às instituições devido à rigidez de normas e às dificuldades em adaptarem e flexibilizarem suas estratégias de atuação.

Sobre a procedência, a maioria das pessoas pesquisadas são da própria cidade de Manaus-AM, com destaque a uma estrangeira proveniente da Venezuela que aparece como legítima representante das centenas de pessoas migrantes daquele País que fizeram das ruas da cidade de Manaus seu espaço de moradia e sustento.

A partir do resultado acima citado, pode-se inferir que há uma mudança na ocupação da rua, visto que, em outro tempo, essa população era formada por pessoas vindas de outras cidades, muitas vezes da zona rural. Nos dias de hoje, percebe-se que a maioria das pessoas encontradas em situação de rua são provenientes da própria região em que antes residiam com suas famílias.

Quando o assunto abordado foi “prováveis MOTIVOS que os levaram a viver em situação de rua”, os participantes do estudo relataram que suas trajetórias de vida estavam marcadas pela utilização de álcool e outras drogas, conflitos familiares, desemprego, falta de moradia e depressão. Estes foram os principais motivos apontados por eles para que fossem viver nas ruas da cidade de Manaus.

Os motivos encontrados nesta pesquisa são os mesmos que foram relatados na pesquisa nacional sobre a população de rua, que é base comparativa deste estudo por se tratar da única pesquisa de abrangência nacional realizada pelo governo federal sobre essas pessoas, que apresenta como principal motivo o uso abusivo de álcool e outras drogas, seguido do desemprego e das desavenças familiares (CUNHA; RODRIGUES, 2009).

Porém, as questões relacionadas a conflitos familiares intrinsicamente ligada ao uso abusivo de drogas, enlutamento por perda de ente da família, depressão e desemprego surgiram com bastante expressividade como motivos para estarem em situação de rua. Diante disso, é possível perceber que existem aspectos singulares na trajetória de vida dessas pessoas. As abordagens que tenham essa população como foco devem respeitar essas peculiaridades, relativizando estas experiências para compreender como as mesmas chegaram à situação de rua.

Estes resultados sugerem que as dificuldades socioeconômicas, os momentos de estresse, insegurança e frustração desencadeiam a condição de pessoa em situação de rua, sejam eles associados ao abuso de álcool e outras drogas ou não, pois as formas de enfrentamento resiliente de alguns acontecimentos que surgem ao longo da vida é que podem configurar o ponto inicial para a inserção nas ruas.

No entanto, para uma melhor compreensão das questões multifatoriais que estão associadas aos motivos que as pessoas em situação de rua apontam para estarem naquela situação, Flores, Contreras, Hernández, Levicoi e Vargas (2015), em seu estudo, sugere a organização desses fatores em estruturais e biográficos.

Segundo os autores acima citado, os fatores estruturais estão ligados ao contexto econômico do país, a distribuição de renda, as oportunidades geradas, a estrutura do mercado de trabalho e as legislações e políticas de proteção social criadas pelos estados e municípios e aquelas de cunho nacional. No que se refere às questões biográficas, o autor sugere que devam ser observadas as histórias de vida de cada indivíduo, as dificuldades familiares, laborais e de saúde, assim como o uso abusivo de álcool e outras drogas.

A partir do que é concluído por Flores, Contreras, Hernández, Levicoi e Vargas (2015), verifica-se uma consonância entre os fatores estruturais e biográficos na maioria dos estudos que analisam os motivos pelo qual as pessoas vão viver nas ruas. Como por exemplo, nos estudos realizados por Alcântara, Abreu e Farias (2015), Flores, Contreras, Hernández, Levicoi e Vargas (2015), Matias (2013), Rodrigues *et al.* (2018) e Nobre e Barreira (2018), identificam-se o uso de drogas, os conflitos familiares e o desemprego,

também, como fatores que desencadearam a ida para as ruas dos participantes de suas pesquisas.

Neste sentido, compreender os aspectos multifatoriais que levam as pessoas irem para as ruas e permanecerem, se faz de extrema importância.

No entanto, para que isso aconteça, toda a história de vida daquele indivíduo deve ser considerada e bem escutada, considerando os aspectos singulares e subjetivos contidos em todas as expressões do que é estar nas ruas. O conjunto desta análise permite apresentar inferências para o desenvolvimento de projetos de apoio psicossocial, e para fomentar ações governamentais de inclusão social.

Ainda no que se refere à questão do uso abusivo de álcool e outras drogas, ela é tida como sendo o principal motivo de ida para as ruas. Moura, Silva e Noto (2009) afirmam que, assim como para a população adulta em situação de rua, para as crianças e jovens as razões que ocasionam esse processo são múltiplas, evidenciando a fragilidade dos vínculos familiares. Para as autoras, o uso abusivo de drogas está intrinsecamente ligado à vulnerabilidade do âmbito familiar e funciona como um propulsor para a ida às ruas.

Entretanto, de acordo com Varanda (2009) e Tondin, Barros Neta e Passos (2013), para essas pessoas subsistirem na condição de rua, as mesmas desenvolvem e estabelecem mecanismos de recompensa às perdas, criando novos recursos de sobrevivência, tais como o consumo de álcool e outras drogas. Segundo os autores, este recurso passa a ser uma alternativa para resistir às condições sociais adversas, sobreviver e minimizar o sofrimento psíquico.

Para Campos (2012), o uso de álcool pelas pessoas que vivem nas ruas exerce um duplo papel na vida das mesmas: ora tem função confortante e consoladora, ora é o motivo e a causa da condição de rua.

No entanto, é válido ressaltar que Tilio e Oliveira (2016) afirmam que na maioria dos casos estudados, o consumo de álcool e outras drogas feito pelas pessoas em situação de rua, é anterior à ida para as ruas. Esta afirmação pode também ser feita nesta pesquisa, pois todos os participantes do estudo em tela foram unânimes em afirmar que já faziam uso de drogas antes de ir viver nas ruas.

Diante desse contexto, é importante destacar que práticas de cuidado que tenha cunho discriminatório, que sejam altamente prescritivas, impositivas e que não dialogam com as histórias de vida, com a subjetividade e singularidade de cada uma dessas pessoas,

são práticas sujeitas a aumentar os processos de exclusão e de vulnerabilidade já enfrentados por esta população.

No que se refere à funcionalidade das famílias e aos vínculos mantidos, os participantes da pesquisa relataram que possuem pouco ou nenhum contato com seus familiares. Cinco participantes informaram ter família na cidade e que, mesmo de forma muito rara, fazem contato com as mesmas. Dois deles relataram não ter nenhum tipo de contato com família há muitos anos.

Quando questionados sobre esse distanciamento dos familiares, os mesmos relataram que sentiam vergonha para pedir algum tipo de ajuda, pelo fato de já ter causado muito sofrimento na vida de seus parentes e que muitas vezes, por conta do uso de drogas, causavam desavenças sempre que havia algum tipo de aproximação.

A partir desses relatos, percebe-se que para uma pessoa em situação de rua é desafiante estabelecer contatos familiares estando nas condições em que vivem. Expor para a família a razão de ter ficado naquela condição, envolve muitas histórias de conflitos com parentes e amigos que os envergonham e com isso sentem-se impossibilitados para explicar algo, evitando constrangimentos.

Pode-se afirmar que na trajetória de vida dessas pessoas a desvinculação das relações de trabalho, família e sociedade é um fator comum a todos. Esta afirmação também é encontrada nos estudos de Alcântara, *Abreu e Farias* (2015), Nobre, Pereira (2018) e Rodrigues, Lima e Holanda (2018). Segundo esses pesquisadores, as questões econômicas influenciam nestes processos de desvinculação. No entanto, as questões afetivas, habitacional, discriminativa e aquelas relacionadas à violência também vão repercutir na ruptura dos vínculos interpessoais e comunitários.

Estas desvinculações estão presentes nas falas das pessoas em situação de rua participantes da pesquisa, principalmente aquelas relacionadas com a fragilização dos vínculos familiares e quanto à percepção de exclusão social enfrentada por essas pessoas.

Uma vez instalada a situação de rua, esses indivíduos tendem evitar relações com a família, se desagregando e estabelecendo novas relações de convivência que, inicialmente, são vistas como libertárias. Assim, abre-se a possibilidade de se pensar quantas dessas pessoas que vivem em situação de rua, e que mantêm algum vínculo com a família, deixam de voltar para as suas casas por conta da vergonha, culpa e do preconceito que podem sofrer pela desinformação e dificuldade que as famílias e a sociedade em geral enfrentam quando o assunto é uso de drogas.

Esmeraldo Filho (2010) identificou que algumas pessoas em situação de rua associam a atual condição como algo de sua inteira responsabilidade, desconsiderando os processos sociais e econômicos que, comprovadamente, impulsionam as pessoas a irem viver nas ruas.

Para Cunha *et al.* (2017), as pessoas em situação de rua evitam o contato com familiares para que estes não visualizem a sua forma de vida e a exclusão social a qual estão inseridas.

Essa exclusão social pode ser entendida de forma relativizada; por exemplo, na concepção de Giddens (2012), uma pessoa que se encontra nesta situação assim está por alguma razão, foi colocada de lado, ou seja, não foi incluída. Mas também pode ser uma escolha da própria pessoa, por exemplo, quando alguém vive em situação de rua para fins de obter liberdade, como é o caso de um dos participantes da pesquisa que relata ter escolhido ir viver nas ruas.

No entanto, percebe-se em muitos relatos acima que as pessoas em situação de rua participantes deste estudo têm o desejo de saírem das ruas, terem um lugar de moradia digna e melhores condições de vida. Elas ainda alimentam sonhos e expectativas de receberem apoio da sociedade e do poder público para serem reinseridos em programas de trabalho e geração de renda.

Porém, muitas vezes sob efeito de drogas, as falas sobre sair das ruas e continuar experimentando a pseudoliberalidade de viver nesta situação se confundem. Segundo Moura *et al.* (2009) e Matias (2013), esta manifestação do sentimento de ambivalência e polarização dessa população em relação à rua se dá pelo fato do fascínio relatado por eles quanto a um sentimento de liberdade e independência. No entanto, quando as dificuldades de sobrevivência básica surgem, a rua vai se configurar para os mesmos como espaço de privações, violência e muito sofrimento.

Para as pessoas nesta situação, a rua é um espaço de convivência precário e violento, sem regras em determinados momentos e com regras rígidas e bem definidas em outros; é o lugar onde compartilham experiências e trocas de afetividades muitas vezes nunca experimentadas no âmbito familiar.

Segundo Da Matta (2004), o espaço público da rua e suas representatividades estão intimamente ligados à forma como a sociedade vê essas pessoas. Segundo o autor, as pessoas que vivem na rua percebe-na como um espaço sujo, desconhecido, violento e inseguro, e a sociedade em geral acredita que essas pessoas não são pessoas em situação de rua e sim pessoas da rua, sujas, violentas e perigosas.

A partir dos relatos, constata-se os preconceitos enfrentados por aqueles que estão em situação de rua. Estigmatizados a partir dos significados em que a rua assume para a sociedade em geral, são rotulados como vagabundos, perigosos, sujos e fedorentos, compondo o cenário caótico dos grandes centros urbanos.

Entretanto, esse olhar estigmatizado não condiz com a realidade apresentada por muitas pesquisas sobre essas pessoas. A Pesquisa Nacional da População de Rua, por exemplo, mostra que mais de 70% dessa população é composta por trabalhadores que exercem alguma atividade remunerada com ocupação diária para o seu autossustento, como a coleta de material reciclável, a guarda e lavagem de carros e capina de quintal (CUNHA; RODRIGUES, 2009).

Sendo assim, estudos e diálogos sobre essas pessoas que possam auxiliar dando visibilidade, desmitificando certos pré-conceitos são de suma importância para minimizar a exclusão social e melhorar o entendimento sobre o fenômeno população em situação de rua.

Nesse sentido, pensando em atender as necessidades demandadas pelas pessoas em situação de rua e de outras pessoas que, mesmo abrigadas de baixo de um teto, enfrentam situação de pobreza e se encontram em alta vulnerabilidade social, o governo federal, há mais de 20 anos, instituiu o Cadastro Único da Assistência Social (CadÚnico) com o objetivo de identificar e caracterizar famílias de baixa renda, para o planejamento de políticas públicas que melhorassem as condições de vida dessa parte da população.

À vista disso, como último dado sociodemográfico analisado nesta pesquisa, está a informação de quais dos participantes estavam inseridos no CadÚnico. Verificou-se que todos os participantes possuíam o cadastro único para recebimento de benefícios socioassistenciais, no entanto, apenas uma dessas pessoas recebia um benefício de transferência de renda chamado auxílio moradia.

A partir dos diálogos estabelecidos com os participantes da pesquisa com relação ao dado acima apresentado, verificou-se que, quando uma pessoa em situação de rua preenche os dados do CadÚnico, cria-se uma expectativa de que a mesma vai receber algum tipo de benefício, em especial aqueles de transferência de renda.

As expectativas criadas na maioria das vezes são frustradas, pois o acesso a esses benefícios ainda é muito restrito, como se verifica na situação acima apresentada. Dessa forma, infere-se que se a população em geral que necessitada desses benefícios sociais encontra inúmeros obstáculos para recebê-los, para as pessoas em situação de rua essas

dificuldades são redobradas, pela discriminação social por estarem em situação de rua e fazerem uso de drogas.

No entanto, este estudo destaca a importância de se manter o CadÚnico das pessoas em situação de rua, pois é nesse banco de dados que está o retrato mais fidedigno sobre elas hoje, no Brasil. E foi a partir desse banco de dados que Natalino (2020) atualizou a estimativa da população em situação de rua no Brasil. Segundo o autor, houve um aumento expressivo de 140% de setembro de 2012 a março de 2020, crescimento esse observado em todas as regiões do país e em municípios de todos os portes.

A estimativa apresentada no contexto atual em que o Brasil se encontra, vem mitigar o efeito da invisibilidade social desse segmento populacional no planejamento das políticas públicas, pois o IBGE já declarou que estas pessoas não serão contadas no censo 2021, o que nos faz pensar que os dados contidos no Cadastro Único sejam uma forma de monitorar e analisar a evolução do fenômeno população em situação de rua no país, oferecendo evidências úteis à locação de recursos e à elaboração de políticas públicas.

A partir da análise desta unidade, infere-se que as pessoas participantes do estudo apresentam características semelhantes às aquelas apresentadas pelo estudo nacional desta população realizado por Cunha e Rodrigues (2009), em que se destaca a população de homens em situação de rua. Para esta pesquisa, se faz de extrema importância que haja uma maior articulação entre as políticas públicas para o desenvolvimento e fortalecimento de uma rede intersetorial de cuidado às pessoas em situação de rua.

Sendo assim, o esclarecimento sobre os fatores estruturais e biográficos que os motivaram a ir viver nas ruas são de suma importância. Nesta perspectiva, destacamos a importância de mediadores e acompanhantes terapêuticos no empoderamento dessas pessoas no que tange às questões de diálogos com a família e a sociedade em geral, até que os mesmos possam sentir-se seguros e bem orientados para seguirem se colocando e se representando enquanto pessoas em situação de rua.

Mas, para que se possa orientá-los de forma segura, é preciso conhecer suas histórias, expectativas e formas de pensar sobre os mais diversos assuntos. O próximo tópico abordado esclarecerá o que essas pessoas pensam sobre o processo de adoecimento estando em situação de rua.

### **Sentidos e significados do adoecer na rua**



Compreender o adoecer nas ruas é atentar à diversidade de sentidos e significados que esse termo possui, pois o que é estar saudável para um pode ter significado diferente para outro.

Partindo desse pressuposto, esta unidade reunirá todos os resultados que venham responder de que forma os participantes do estudo percebem o processo de adoecimento nas ruas, suas práticas e significados a partir de vivências relatadas como as que estão descritas abaixo:

Quando a gente se sente mal, compramos o nosso remédio, se passar aquela dor, pronto (P1).

Mas aí quando a porrada vem, já vem diferente, já vem para arriar (P2).

Aí sim, quando a gente tá “quase morrendo”, ruim mesmo, sentindo muita dor, a gente procura o serviço de saúde, o hospital (P3).

No relato acima, é perceptível a procura tardia dos serviços de saúde por essas pessoas, pois os mesmos falam de uma barreira de acesso que muitas vezes está associada aos estigmas e discriminação que sofrem por estarem em situação de rua, tendo o acesso negado e, muitas vezes, justificado por não terem endereços fixos e/ou documentos de identificação.

Porém, esta demora na procura dos serviços de saúde está também relacionada à percepção que as pessoas em situação de rua têm sobre adoecimento que, segundo Bezerra *et al* (2015), são inúmeras e de formas diferenciadas.

A exemplo do que já foi relatado pelos participantes da pesquisa, a dor física que pode ser remissiva a partir da tomada de analgésicos, providenciados pelo próprio grupo de pessoas em situação de rua, não é vista como processo de adoecimento. Ao mencionar isso, pode-se compreender que, segundo o Ministério da Saúde (2005), a capacidade de enfrentar os adoecimentos, buscar ajuda, entender o que está ocorrendo em determinados momentos da vida, pensar, sentir e assumir atos e decisões também significa estar com saúde.

Nesse sentido, algumas percepções e práticas de enfrentamento dos processos de adoecimento adotadas pelas pessoas em situação de rua, apresentam lógica e fundamentos a partir do contexto em que as situações acontecem e vão confrontar a concepção de cuidado em saúde proposta pelos serviços que, muitas vezes, estão organizados de forma a potencializar a exclusão social vivenciada por estas pessoas.

No entanto, mesmo que as pessoas em situação de rua assumam posturas e tomem decisões se responsabilizando pelo seu autocuidado, este fato não exime a responsabilidade dos serviços de saúde em colaborar na promoção da saúde e prevenção de doenças a partir de orientações que podem ser realizadas no próprio território de subsistência dessas pessoas.

Desta forma, as orientações recebidas podem servir para melhorar a compreensão das pessoas em situação de rua quanto aos conceitos do que é saúde e doença. No entanto, Silva M.L.L. (2005) afirma que o processo de ressignificação desses conceitos deve considerar as experiências de vida de cada um desses indivíduos, pois o modo de ver saúde e doença é peculiar de cada pessoa e levar isso em consideração pode potencializar os processos de cuidado em saúde.

No entanto, muitos serviços de saúde ainda estão orientados para o cuidado a partir do conceito de saúde proposto pela OMS, que afirma “saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade”.

Sobre este conceito, que prioriza ações medicamentosas, curativas e a ausência de doença, enfatizando o completo bem-estar físico, mental e social, Caponi (1997) afirma ser utópico, legitimando estratégia política de controle e exclusão do que se considera indesejável e perigoso, como as demandas das pessoas em situação de rua, que historicamente vivem à margem da sociedade, experimentando todas as formas de iniquidade, exclusão e abandono conforme o relatado abaixo:

Ontem tomamos muita chuva e sereno, ficamos ao relento, fomos expulsos da marquise do hospital e corremos para se abrigar em outro lugar, mas tivemos muito medo, por conta da violência (P4).

Neste dia choveu muito e foi a noite todinha, quando amanheceu as costas doíam e o nosso grupo tava todo espalhado (P1).

A gente se sente mais seguro lá perto do hospital, mas neste dia expulsaram a gente de lá, foi maldade com a gente pois chovia muito, teve até um que depois ficou gripado (P5).

A gente sofre muito com gripe, tosse, pneumonia e muitos problemas respiratórios, não sabemos o porquê (P6).

É mais esses tipos de problemas que ocorre, às vezes também dor de dente e muita dor no corpo (P7).

Diante desse contexto, se faz extremamente necessária uma mudança paradigmática não só de conceito, mas nas práticas de cuidado em saúde que alcance as demandas e

especificidade das pessoas que vivem em situação de rua. Segundo Pereira *et al* (2011), as abordagens de saúde a partir do paradigma biopsicossocial pressupõem a inclusão das dimensões coletivas e subjetivas, considerando aspectos além dos biológicos no processo saúde-doença, sendo a saúde o resultado de um processo social que representa as condições de existência dos indivíduos.

A partir dessa abordagem que considera as dimensões coletivas e subjetivas do sujeito, passa-se a perceber os significados das falas das pessoas em situação de rua, para além do sentido biológico, propiciando uma oferta de cuidado que deve dar conta das demandas físicas, psíquicas, sociais e espirituais desses indivíduos, interpretando e dando sentidos a todas afirmações provenientes dos sinais que vêm de quem habita as ruas, diante de afirmações como:

A gente reconhece que realmente está doente, quando a gente não pode se mover (P6).

A gente adocece quando não pode fazer nosso *corre*, aí fica difícil mesmo (P1).

Difícil fica mesmo é quando a gente tem dificuldade de se movimentar pra ir pegar comida, aí a gente fica até muito triste, eles ajudam, mas a gente adocece (P6).

A partir desse relato, é possível inferir que a condição de não poder se locomover, se movimentar, fazer o “corre” seja a dimensão de maior expressividade em sentido e significado do que seja adoecer em situação de rua. Isto porque essa condição impede a procura por trabalho, geração de renda e principalmente a procura por lugares que ofertem alimentação e abrigo.

O resultado apresentado acima está em consonância com o estudo realizado por Schervinski *et al.* (2017) na cidade de Joinville / SC, onde a pesquisadora afirma que as pessoas em situação de rua não atribuem estar doente a uma doença e sim à impossibilidade de se locomover e de realizar as tarefas diárias.

No entanto, aqueles que ainda são capazes de se locomover, muitas vezes durante a pesquisa relataram o que abaixo se segue:

Graças a Deus, eu não tenho, nunca tive nem um problema (P1).

Sempre fui sadio, em questão disso daí, problema de saúde não tenho nenhum problema (P5).

Difícil me sentir doente, às vezes só dor no dente, mas tomo remédio já passa e saio pro *corre* (P3).

A partir do relato acima, percebe-se que as pessoas em situação de rua que negam a existência de problema de saúde não enxergam significados e sentidos de adoecimento, mesmo apresentando ferimentos e lesões de pele e tosse persistente, sintomas comumente verificados nesse grupo populacional. Para estas pessoas, segundo Carneiro Júnior (1998), adoecer está ligado diretamente às condições de promoção do autossustento (“os corre”) e pela dificuldade que os mesmos encontram para prover alimentos, abrigo e vestimenta. Muitas vezes, para eles, os sinais e sintomas de doença passam despercebidos até que surjam situações que aumentem as dificuldades de se prover.

Diante do que já foi exposto, segundo Bacellar, Rocha e Flôr (2012), o conceito de saúde e a percepção do adoecer ganham diferentes significados a depender da população em questão, do momento histórico e dos valores e costumes de determinada sociedade. São estes significados que vão revelar aspectos do seu viver (BACELLAR; ROCHA; FLÔR, 2012).

Nessa unidade, nota-se que os sentidos e significados de adoecimento percebidos pelas pessoas em situação de rua participantes do estudo são diversos e singulares e estão intimamente ligados à realidade que os mesmos vivenciam nas ruas da cidade de Manaus.

Tais significados, muitas vezes, se contrapõem à percepção de saúde e doença dos profissionais de saúde que insistem em ofertar cuidados baseados apenas num modelo biomédico, repleto de solicitações de exames, diagnósticos e remédios.

Para os participantes do estudo, o atendimento de suas necessidades básicas e aquelas mais imediatas, que não necessariamente estejam ligadas a questões biomédicas, fazem mais sentido, pois em meio tão precário e insalubre o perfeito bem-estar está muito distante da realidade daqueles quem vivem nas ruas.

Ainda pode-se afirmar que, para a população de rua, para além dos conceitos pré-estabelecidos de saúde, a presença de doenças comumente diagnosticadas entre essas pessoas e a maneira o qual são abordados, o que mais tem sentido e significado no processo de estar ou não em situação de adoecimento é o direito de ir e vir, em que os mesmos podem se movimentar de forma saudável em busca de seu autossustento e de sua sobrevivência. Esse entendimento é complementado pelos registros constantes da etapa a seguir.

## **Caminhos percorridos em busca do cuidado em saúde**

Muitos são os caminhos percorridos pelas pessoas em situação de rua em busca de cuidado, quer seja em situações de saúde para preservação da vida, ou para a garantia de direitos básicos e fundamentais. Mesmo tendo esses direitos assegurados pela Constituição Federal de 1988, muitas dessas pessoas percorrem grandes caminhos para tê-los garantidos, ou negligenciados.

Sendo assim, esta unidade tem por finalidade descrever as histórias daqueles que buscam e, muitas vezes, não encontram solução as suas demandas enquanto pessoas que vivem em situação de rua.

Com relação ao grupo em estudo, certamente o ponto de partida em busca de cuidados é o Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centro Pop) da cidade de Manaus – AM. Conforme relatos dos pesquisados abaixo:

O Centro Pop é um lugar que a gente frequenta porque é a casa da gente, ajuda a gente em alguma coisa (P3).

Para percorrer os caminhos, dependemos daqui do Centro Pop (P5).

O Centro Pop é como se fosse na realidade uma mãe pra nós, nos ajuda em algumas coisas (P6).

Sendo assim, destaca-se a importância desses centros que apoiam e ofertam atividades que viabilizam a organização de uma rotina diária e a satisfação das necessidades básicas dessas pessoas, possibilitando o enfrentamento dos desafios vivenciados no cotidiano das ruas. No entanto, os participantes da pesquisa muitas vezes se queixaram da rigidez nas normas das instituições, que foram escritas à revelia deles, e que gostariam que suas falas fossem levadas em consideração na elaboração de normativas, para que as mesmas estivessem em maior consonância com as necessidades do grupo e que fossem revistas a cada tempo.

Porém, Segundo Reis, Azevêdo (2019), a vivência nas ruas revela a esses indivíduos a perda de autonomia e conseqüente dependência de instituições ou de outras pessoas que, muitas vezes, são as prescritoras do cuidado e da ordem que deve ser seguida, cerceando as falas que vêm da rua, sua subjetividade e singularidade, ou seja, suas histórias. Para

Alcântara *et al.* (2015), essas práticas reforçam a autopercepção das pessoas em situação de rua no que se refere à condição de miseráveis, excluídos e invisíveis perante a sociedade.

Para Nobre e Barreira (2018), as ambiguidades nas práticas referentes à cordialidade e os desafetos, as parcerias e as hostilidades, as caridades e as discriminações, inferem sentidos e significados negativos acerca da existência dessas pessoas na sociedade, o que potencializa a sensação de abandono e de rupturas ao longo da vida.

Sendo assim, são legítimas as reivindicações na participação de atividades de gestão junto aos serviços que se propõem a ofertar cuidado a essa parte da população. E é nessa participação que se dá o resgate social, propiciando aos mesmos processos reabilitatórios e de reinserção social em práticas que dialogam, com maior proximidade, com a realidade vivenciada por essas pessoas.

O contraditório se dá quando as exigências para percorrer os caminhos de acesso aos serviços de saúde não consideram as especificidades dessas pessoas, como se percebe nas falas abaixo:

Quando a gente chega aos serviços, eles pedem logo encaminhamento, identidade e endereço, se não temos, então você não pode ser atendida (P3).

Então, por isso que eu digo, quando me sinto precisando de um atendimento médico, vou no Centro Pop e peço ajuda (P6).

Sem encaminhamento da Assistente Social fica mais difícil, eles não deixam nem a gente entrar, muitas vezes (P1).

A gente não tem endereço, às vezes não tem documento, aí mandam a gente ir embora (P5).

Tais práticas burocráticas revelam a ineficácia na articulação das redes de cuidado, em projetos institucionais que não consideram o sujeito parte do processo e que legitimam a exclusão social sofrida por essas pessoas.

Segundo Graeff (2012), essa população continua negligenciada, vivendo em ambientes precários, carregando consigo marcas corporais que traduzem o abandono social através das roupas sujas, dias sem banho, odor forte e muitas vezes com feridas expostas.

Contudo, durante a pesquisa, as marcas corporais não estiveram tão evidentes para o grupo em questão, por se tratar de pessoas com frequência assídua ao serviço social especializado para o atendimento da população em situação de rua (Centro POP) e no momento do grupo focal, todos estavam calçados, tomado banho e vestiam roupas limpas,

diferentemente do que se costuma constatar em outras cenas em que a rua é o território onde se realiza o estudo.

Outro caminho percorrido são os serviços de pronto atendimento (urgência e emergência) que se constituem importante percurso realizado pelas pessoas em questão quando necessitadas de cuidado em saúde, pois como já citado pelos mesmos esta procura só acontece em casos de extrema necessidade, como eles dizem: “quando estou quase morrendo”.

Essa forma de agir e pensar está intimamente ligada às experiências acumuladas de maus tratos ou pelos significados e sentidos que dão para estar ou não doentes, conforme traduzidos pelos relatos abaixo:

Vamos nesses hospitais aí e porque a gente é morador de rua, somos mal olhado e excluídos e isso dói (P3).

Por isso só procuro hospital quando eu vejo que não dá mais, quando estou escarrando sangue (P2).

Muitas vezes não deixam nem a gente sentar, a gente entra ali doente e sai mais doente (P4).

Mal a gente termina de falar o que a gente tem, ele já te passa a receita e se precisar internar se não tem moradia e acompanhante é mandado embora (P5).

A constatação apresentada nos relatos acima está em consonância com os inúmeros estudos realizados quanto aos processos de exclusão social, maus tratos, preconceito, discriminação e negligência sofridos por essas pessoas, muitas vezes pelo fato de estarem utilizando as ruas como espaço de moradia e subsistência.

Segundo Hallais e Barros (2015), a utilização das ruas como espaço de moradia e subsistência representa o significado social e potencial da exclusão, algo que, infelizmente, tem se tornado naturalizado na sociedade brasileira. Os autores ainda destacam que, atualmente, as mídias têm distorcido a realidade das pessoas em situação de rua, relacionado-as frequentemente ao uso de drogas e atribuindo-lhes uma visão distorcida da realidade, o que negligencia as reais condições de vulnerabilidade social enfrentadas por essas pessoas.

Diante disso, ainda chama a atenção o fato de que, mesmo depois de quase 12 anos da primeira e única pesquisa feita em âmbito nacional com foco nesta população, (CUNHA,

2009), essas pessoas continuam a ser vitimadas, numa constância cada vez mais presente, nos estudos que sucederam.

Dentre os estudos realizados, destacamos os realizados por: Alcântara *et al.* (2015), que aponta para o olhar estigmatizante e excludente da sociedade, tornando essas pessoas miseráveis e invisíveis; Moura Júnior e Ximenes (2016), que fala dos julgamentos e do olhar negativo da sociedade para com essas pessoas; e Hallais e Barros (2015), que revelam as sérias dificuldades estruturais para o atendimento que vão desde atendimentos negados por falta de documentos à discriminação por serem moradores de rua.

Um outro caminho trilhado para o autoatendimento de suas necessidades de saúde é a aquisição de remédios por diversos acordos, conforme a fala que se segue:

Depende do que estamos sentindo, vamos logo e compramos um remédio, uma dipirona e não vai fazer diferença porque se vamos no médico ele malmente olha pra você e vape, toma isso e manda a gente ir embora (P4).

Muitas vezes, o mano tá com dor, a gente se ajuda, um tem uma pílula ali e já adianta, trocamos algum remédio que tamo precisando, pra dor, pro fígado (P3).

A gente mesmo é que se trata, quando tem dor a gente pede uma pílula pro amigo e toma e já passa e assim a gente vai vivendo (P5).

Diante das dificuldades enfrentadas pelas pessoas em situação de rua no que tange à discriminação, maus tratos e o preconceito sofrido nos serviços de saúde, essas pessoas muitas vezes recorrem à automedicação ou tentam ignorar dores e sofrimentos consumindo drogas ilícitas ou álcool, dificultando a vinculação dessa população com serviços preventivos ofertados em nível de atenção básica de saúde.

A constatação da automedicação realizada por pessoas em situação de rua é também vista em estudo de Bezerra *et al.* (2015), que considera comum essa prática entre esse grupo populacional. O autor explica que essa prática pode ser definida como o uso de medicamentos sem prescrição médica, em que a própria pessoa decide qual remédio vai usar, incluindo também as indicações realizadas por pessoas não habilitadas, como amigos, familiares ou mesmo balconistas de farmácia.

No entanto, esta automedicação se apresenta como um elemento integrante do conceito de autocuidado, em que o grupo de pessoas em situação de rua vai construindo meios e maneiras de sobrevivência e mútua ajuda em meio à situação precária em que vive.



Porém, é importante orientá-los quanto aos riscos, implementando estratégias de cunho educativo, objetivando a utilização racional dos medicamentos, diminuindo riscos e danos à saúde.

Em suma, dentre os caminhos percorridos em busca de cuidados em saúde, trilhados pelas pessoas participantes do estudo, está o Centro POP na lógica ultrapassada de referência e contrarreferência, mas que, de uma forma ou de outra, auxilia no acesso aos serviços. As unidades de pronto atendimento (urgência e emergência), de acordo com as pessoas em situação de rua, são mais frequentadas pelo fato de que quando eles necessitam de atendimento médico, geralmente estão em situação grave ou com intensa dor. No entanto, é nessas unidades que os mesmos referem sofrer maior discriminação.

Um outro viés de caminho para o cuidado bem presente na vida dessas pessoas é a mútua ajuda através da automedicação realizada entre eles.

A partir deste resumo, a análise da unidade revela caminhos tortuosos de preconceitos e estigmas enfrentados pelas pessoas em situação de rua para ter acesso ao sistema de saúde vigente na cidade de Manaus. A falta de capacitação daqueles que operam o sistema e o desconhecimento dos direitos em saúde que essas pessoas que vivem em situação de rua possuem, aumentam as dificuldades de respostas potentes às demandas apresentadas.

Sendo assim, percebe-se que a lógica dos caminhos que estão desenhados na rede de saúde de Manaus não está clara a esse grupo, ou pouco atendem as necessidades específicas das pessoas que vivem nas ruas, pois muitas vezes se apresentam burocráticas e pouco resolutivas, segundo relatos dessas pessoas.

Mesmo assim, na próxima etapa do estudo, será possível construir uma ideia do que essas pessoas esperam do futuro e como gostariam de ser tratadas nos serviços de saúde.

### **Expectativas e quereres sobre a forma que desejam ser cuidados**

Esta unidade de análise não tem a intenção de qualificar ou enumerar serviços, mas sim tentar descrever as expectativas e anseios que as pessoas participantes do estudo têm para com o cuidado em saúde que atendam suas reais necessidades, a partir do princípio de que todo cidadão tem direitos garantidos pela Constituição, os quais devem ser respeitados pelo Estado.

Dentre as expectativas apontadas pelos participantes, estão:

Nós desejamos ser tratados com igualdade e respeito, mesmo sendo morador de rua, igualmente como qualquer cidadão social (P1).

Queremos chegar no serviço de saúde e ser tratado com gente, como as outras pessoas, com respeito (P2).

Não queremos ser discriminados pelas nossas vestimentas (P5).

Não queremos ser taxados como vagabundo e sendo olhado de forma diferente, parecendo que queremos roubar (P4).

Segundo Reis, Azevêdo (2019), a discriminação e o olhar da sociedade diante das pessoas em situação de rua simboliza a exclusão social delas, pois não se percebem respeitadas pela sociedade mediante o estigma atribuído pelo outro. Ou seja, aqueles que não conhecem a história de vida da pessoa em situação de rua apresentam julgamentos negativos e, por muitas vezes, distorcem a realidade.

O enfrentamento da discriminação representa um desafio vivenciado no cotidiano, pois existe um imaginário da sociedade brasileira referente à marginalização.

No entanto, essas pessoas em situação de rua só gostariam de ser vistas como seres humanos e reconhecidas como tal, mas o que vivenciam na prática é uma realidade marcada pela discriminação em virtude dos estereótipos sociais.

Além de serem negligenciadas, estigmatizadas, estereotipadas e rotuladas, essas pessoas ainda relatam serem culpabilizadas pela situação em que vivem, tornando-as invisíveis como seres humanos, tendo seu estado de direito banalizado. Segundo os participantes:

Queremos ser tratados com mais educação nos Postos de Saúde e aonde chegarmos (P2).

Ser tratado por igual, não sofrer discriminação quando dissermos que somos moradores de rua (P1).

Dá para perceber a diferença no tratamento quando revelamos ser moradores de rua, o olhar, a gente se sente até mal (P3).

Quando dizemos que somos moradores de rua, eles geralmente nos deixam ali no cantinho por horas, nos esquecem, não demonstram interesse e acabam não fazendo o trabalho que precisa ser feito (P6).

Ainda assim, mesmo com todas as dificuldades, os participantes deste estudo manifestaram desejos de mudança das situações vivenciadas na atualidade, confiando em que a sociedade venha mudar e que eles passem a ser tratados em pé de igualdade, como cidadãos que são, conforme falas a seguir:

Esperamos que por esses projetos as pessoas possam nos ajudar a sair dessa situação, muitos querem ficar nas ruas, mas outros não (P1).

Eu tenho um sonho de viver numa casa de novo, é ruim ser tratado mal (P5).

Não são todas as pessoas que nos tratam mal, tem algumas que vêm e nos dão o que comer e vestir, nós temos sonhos também (P7).

Nós sonha, não estamos na rua porquer queremos, as pessoas ajuda, mas muitas nos tratam com ignorância (P1).

Importante ressaltar que entre os quereres apresentados durante a pesquisa, os participantes relataram suas experiências com as famílias e isto possibilitou o acesso a memórias afetivas, relacionando-as com o momento atual. Assim, a maioria deles disse do desejo e da esperança de restabelecer vínculos familiares e sociais.

Durante o Grupo Focal (GF), ainda foi possível estabelecer reflexões sobre a realidade de estar nas ruas, a dependência dos outros, a vergonha e a perda do lar, que refletem diretamente na falta de iniciativa para elaborar projetos de vida.

Diante do que já foi descrito até o presente momento com relação às pessoas em situação de rua, constata-se que são suas trajetórias, suas histórias de vida nas ruas que os fazem ser singulares na percepção da diversidade de sentidos e significados.

O Ministério do Desenvolvimento Social aponta para que as ações e os cuidados voltados a essa população devem estar pautados na garantia dos direitos fundamentais à

saúde, cumprindo o papel do Estado no que tange também ao acesso a direitos sociais (CUNHA; RODRIGUES, 2009).

Portanto, percebe-se que os modelos de atenção e cuidado prevalentes nas redes de atenção à saúde são ineficazes e pouco resolutivos quando se trata de pessoas em situação de rua, pois o caráter curativo e medicamentoso na lógica dos encaminhamentos não dialoga com a integralidade do sujeito em sua singularidade no contexto das ruas.

Nesse sentido, se faz extremamente necessária a qualificação de profissionais que se comprometam não só tecnicamente, mas principalmente eticamente com essa população a fim de melhorar a qualidade do cuidado ofertado (ROSA; SECCO; BRÊTAS, 2006).

O pouco conhecimento sobre direitos à saúde e a falta de organização e representatividade da população em situação de rua da cidade de Manaus revelam a dificuldade em compreender saúde como direito, pois muitas vezes é vista como um favor ou caridade prestada por pessoas que se colocam no lugar de se doar, contribuindo de forma intencional, ou não, para a permanência e manutenção desses indivíduos na situação de rua.

A afirmação acima se dá a partir das distribuições de alimentos e roupas que rotineiramente se vê pelas ruas das cidades; no entanto, as pessoas em situação de rua, beneficiárias dessas ações humanitárias, reclamam por não serem ouvidas e que dificilmente suas opiniões são acolhidas e levadas em consideração.

Tal situação expõe uma enorme lacuna no que se refere às relações de cuidado compartilhado, pois durante todo o processo da pesquisa evidenciou-se a extrema necessidade dos participantes de serem escutados e bem compreendidos em suas falas, solicitando do pesquisador intervenções que confirmassem o que realmente estavam querendo dizer, revelando que essa atenção às suas subjetividades são momentos raros e considerados de suma importância nas relações de cuidado.

Segundo Ayres (2004), a capacidade de escuta atenta e respeitosa com o objetivo de construção de vínculos afetivos e acolhimento deve ser parte da capacidade a ser desenvolvida por todos os profissionais que prestam cuidado às pessoas em situação de rua.

A necessidade em ofertar espaços de escuta se confirma quando se analisa os percursos e os aspectos afetivos e as motivações que conduziram essas pessoas para as ruas. Por isso, é de extrema importância que a escuta qualificada, como tecnologia leve do cuidado, possa ser uma ferramenta exaustivamente utilizada nas práticas cotidianas do cuidado em saúde a essa população.

Segundo Londero *et al.* (2014), em síntese, o que as pessoas em situação de rua querem é ter seus direitos respeitados, com serviços resolutivos e orientados a partir de suas demandas, numa perspectiva humanizada que propicie mudanças reais em suas condições de vida, sem moralismos e discriminações.

A esse respeito, é importante repensar as práticas desenvolvidas no âmbito dos serviços, alinhando-as aos conceitos de universalidade, integralidade e equidade dispostos na legislação do SUS.

Tais práticas alinhadas a esses conceitos tendem a ampliar as possibilidades dos cuidados em saúde direcionados a essa parte da população que, segundo este estudo baseado nas declarações de pessoas que vivem em situação de rua, devem ser de respeito a todos, com tratamento igualitário, educação e dignidade, livre de estigmas e preconceitos e que promova a reinserção social e familiar, sendo que naqueles casos em que essa reinserção não seja possível, possa haver uma ação conjunta para que a pessoa em situação de rua construa um projeto de vida, sendo reinserida no mercado de trabalho e desenvolva a emancipação.

Em síntese, a reunião de todos os dados contidos nesta pesquisa proporciona um grupo de informações importantes para se conhecer a População em Situação de Rua da cidade de Manaus, a partir do perfil referente da amostra que compõe o estudo. Este trabalho poderá subsidiar tomadas de decisões para a implementação de projetos de âmbito coletivo e individual, na construção de indicadores de monitoramento desta população específica a partir de suas reais necessidades, pactuando novas relações de cuidado e assistência à saúde. Torna-se necessário um diálogo permanente, de forma intersetorial, em que este sujeito seja o protagonista dos seus modos de cuidado e das relações com o território em que habita, num processo de resgate de sua cidadania e dignidade.

### **Considerações finais**

Tendo em vista os principais resultados deste estudo, pode-se afirmar que as pessoas em situação de rua participantes da pesquisa demandam uma infinidade de necessidades de cuidado em saúde, provenientes da precariedade do que é estar numa situação limitante e escassa de ofertas reais, que se traduzam em melhorias das condições de vida, acesso amplo às políticas públicas no âmbito da saúde, assistência social e as de acesso à moradia.

No decorrer das observações propiciadas pelo estudo, percebe-se que suas histórias de vida, antes e durante a sua permanência na rua, pouco reforçam suas crenças e desejos de mudança de condição, considerando que suas vivências são permeadas por preconceito, exclusão, violência, angústias e frustrações.

Portanto, se faz necessário rever a forma como estão sendo conduzidas as políticas públicas e as relações da sociedade para com essa parte vulnerável da população, numa direção que busque estratégias de cuidado e formulação de indicadores de saúde específicos, que mensurem a melhoria das condições de vida a partir de um sistema de saúde equânime, universal e integral, atendendo às necessidades reais daqueles que, historicamente, vivem à margem da sociedade.

Para isso, se faz necessária a qualificação da rede de cuidados intersetorial, diálogos com a sociedade civil organizada e aquelas de cunho religioso, somados à capacitação e empoderamento das pessoas em situação de rua, possibilitando que as mesmas possam se reunir e ter acesso ao conhecimento, para a prática da cidadania e exercício pleno como cidadãos de direitos.

Porém, a partir dos dados desta pesquisa, pode-se afirmar que as mudanças paradigmáticas nas relações de cuidado a essas pessoas não está na radicalidade de se impor cuidados diferenciados e paternalistas a essa parcela da população e sim proporcionar autonomia para que os mesmos possam exercer sua livre cidadania e direito de ir e vir, em busca da aplicação das leis do SUS, como a efetivação da Política Nacional da População em Situação de rua.

Ainda de acordo com os dados levantados, podemos ressaltar que, pelo alto índice de envolvimento das pessoas em situação de rua com o uso abusivo de drogas, que muitas vezes se traduz numa estratégia para suportar a situação de rua e a exclusão social, se faz necessário o fortalecimento dos diálogos sobre o tema, que subsidiem e questionem argumentos originários de vários setores que tratam o assunto apenas sob a ótica proibicionista, com estratégia de cuidado baseada na total abstinência, mesmo para aquelas pessoas que não querem, não podem ou não conseguem parar de usar.

Portanto, a compreensão do uso de drogas feito pelas pessoas em situação de rua deve ir além dos diálogos proibicionista, devendo levar em consideração a lógica, sentidos e funções envolvidas no uso, para que tais informações sobre os hábitos de consumo sejam uma forma para inseri-los e não para excluí-los.

Mas, para isso, é importante que a intersectorialidade esteja disponível para um diálogo despido de preconceitos e estigmas, para que possam ter escutas qualificadas que integrem e levem em consideração toda a subjetividade humana presente nas pessoas em situação de rua, de modo que elas tenham seus anseios ouvidos e, de alguma forma, satisfeitos, para que se sintam cidadãos plenos.

O presente estudo oferta à cidade de Manaus-AM informações valiosas acerca dessa população. Em meio à escassez de relatos científicos produzidos com método que legitime suas falas, espera-se que essas informações possam orientar cuidados em saúde que alterem suas condições de existência, de forma a retirar entraves de acesso, eliminando os preconceitos e estigmas sofridos por essas pessoas, tratando-as com dignidade e respeito à diversidade humana.

Sendo assim, o objetivo desta pesquisa foi alcançado e espera-se que esse relato de pesquisa possa contribuir para a intensificação da discussão e, conseqüentemente, para a alteração das ações e de políticas públicas voltadas ao cuidado da população em situação de rua.

## Referências

AGENCIABRASIL. Disponível em:

<https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2018-09/populacao-de-rua-deve-ficar-fora-do-censo-2020>. Acesso em: 12 out. 2018.

ALCÂNTARA, S. C.; ABREU, D. P.; FARIAS, A. A. Pessoas em situação de rua: das trajetórias de exclusão social aos processos emancipatórios de formação de consciência, identidade e sentimento de pertença. **Revista Colombiana de Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 129-143, 2015.

ANDRADE, L. P.; COSTA, S. L. da; MARQUETTI, F. C. A rua tem um ímã, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do Estado de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 1248-1261, 2014.

BACELLAR, A., Rocha, J. S. X.; FLÔR, M. S. Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: uma aproximação possível. **Revista NUFEN**, v. 4, n. 1, p. 127-140, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BEZERRA, Iago Henrique Pinheiro *et al.* População em situação de rua: um olhar da enfermagem sobre o processo saúde/doença. **Enferm Revista**, v. 18, n. 1, p. 3-14, 2015.

BORYSOW, Igor da Costa; FURTADO, Juarez Pereira. Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 33-50, 2013.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores e educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem**: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.

CAMPOS, Maria Antônia Rodrigues. **Sob o céu da cidade**: representações sociais da população em situação de rua no município de Araguari. [S.l.:s.n.], 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. **Resolução n ° 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, 2012 [citado 2014 Mar 11]. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html). Acesso em: 4 jan. 2014.

CUNHA, Júnia Valéria Quiroga da; RODRIGUES, Monica. **Rua**: aprendendo a contar: pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. Brasília, DF: MDS; Secretaria de Avaliação e gestão da Informação; Secretaria Nacional de Assistência social, 2009.

ESMERALDO FILHO, C. E. **Necessidades de saúde dos moradores de rua**: desafios para as políticas sociais do município de Fortaleza-CE. Orientadora: Lúcia Conde de Oliveira. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, 2010.

FAVORITO, L. A; NARDI, A. C; RONALSA, M; ZEQUI, S. C.; SAMPAIO, F. J. B; GLINA, S. Epidemiologic study on penile cancer in Brazil. **Braz J Urol**. v. 5, p. 587-593, 2008.

FLORES, M.; CONTRERAS, C.; HERNÁNDEZ, Y.; LEVICOI, Y.; VARGAS, C. Ocupación e identidade social en personas em situación de calle de Lacalle de punta arenas. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, v. 15, n. 2, p. 1-16, 2015.

IANNI, Octávio. **Ideia de Brasil moderno**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 2004.

IBGE. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 12 out. 2018.

KUNZ, Gilderlândia Silva; HECKERT, Ana Lucia; CARVALHO, Silvia Vasconcelos. Modos de vida da população em situação de rua: inventando táticas nas ruas de Vitória/ES. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 26, n. 3, p. 919-942. doi: 10.1590/1984-0292/1192, 2014.

KUNZ, Gilderlândia Silva; HECKERT, Ana Lucia; CARVALHO, Silvia Vasconcelos Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília, DF, 2012.

KUNZ, Gilderlândia Silva; HECKERT, Ana Lucia; CARVALHO, Silvia Vasconcelos. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436 de 21 de setembro de 2017. **Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF, 2017.

LISBOA, Milena Silva. **Os loucos de rua e as redes de saúde mental: os desafios do cuidado no território e a armadilha da institucionalização**. 2013.

LONDERO, Mário Francis Petry; CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando Silva. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 251-260, 2014.

MACHADO, Marcelo Pedra; RABELLO, Elaine Teixeira. Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, 2019.

MARICATO, Ermínia. **Habitação e cidade**. São Paulo: Atual, 1997.

MATIAS, H.J.D. Sedução e descaminho: narrativas e identidades de jovens em situação de rua. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 26, n. 3, p. 543-551, 2013.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-305, 2010.

MONTIEL, José Maria *et al.* Avaliação de transtornos da personalidade em moradores de rua. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, n. 2, p. 488-502, 2015.

MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA – MNPR. **Conhecer par lutar; cartilha para formação política**. [S.l.:s.n.], 2010.

NATALINO, Marco Antonio Carvalho. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil**, set. 2012 - mar. 2020). 2020.

NOBRE, M.T., BARREIRA, I. A. F. A reinvenção de si no mundo da rua; trajetos e narrativas de quem vive. **Interação em Psicologia**, v. 22, n. 3, p. 200-210, 2018.

REIS, Tomás Collodel Magalhães; AZEVÊDO, Adriano Valério dos Santos. Vivências de homens em situação de rua no sul do Brasil. **Contextos Clínicos**, v. 12, n. 3, p. 976-999, 2019.

RODRIGUES, J.S.; LIMA, A. F.; HOLANDA, R. B. Identidade, drogas e saúde mental: narrativas de pessoas em situação de rua. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. 3, p. 424-436. 2018.

ROSA, Anderson da Silva; SECCO, Maria Garbriela; BRÊTAS, Ana Cristina Passarela. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 3, p. 331-336, 2006

SALAMA, Pierre; DESTREMAU, Blandine. **O tamanho da pobreza: economia política da distribuição de renda**. Petrópolis: Garamond, 2001.

SCHERVINSKI, Ana Carolini *et al.* Atenção à saúde da população em situação de rua. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, v. 14, n. 26, p. 55-64, 2017.

SCHUCH, P.; GEHLEN, I. A situação de rua para além de determinismos: explorações conceituais. *In*: DORNELLES, A. E. *et al.* **A rua em movimento: debates acerca da população adulta em situação de rua da cidade de Porto Alegre Belo Horizonte**: Didática, 2012. p. 11-25.

SCHUCH, P.; GEHLEN, I. A situação de rua para além de determinismos: explorações conceituais. *In*: Dornelles, A. E. *et al.* **A rua em movimento: debates acerca da população adulta em situação de rua da cidade de Porto Alegre Belo Horizonte**. Belo Horizonte, MG: Didática, 2012. p. 11-25.

SCHUCH, P.; GEHLEN, I. Ministério da Saúde. Portaria n. 122 de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, n. 19, p. 46-7, 26 jan. 2011a.

SILVA, M. L. L. **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005**. Orientadora: Ivanete Boschetti. 2006. 220 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Departamento de Serviço Social, Universidade Nacional de Brasília. Brasília, DF, 2006.

TILIO, Rafael de; Oliveira, Juliana de. Cuidados e atenção em saúde da população em situação de rua. **Psicologia em Estudo**, v. 21, n. 1, p. 101-113, 2016.

TONDIN, Mara Cristina; BARROS NETA, Maria da Anunciação, P.; PASSOS, Luiz Augusto. Consultório de rua: Intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. **Revista de Educação Pública**, v. 22, n. 49/2, p. 485-501, 2013.

VARANDA, Walter. **Liminaridade, bebidas alcoólicas e outras drogas: funções e significados entre moradores de rua**. Orientador: Rubens de Camargo Ferreira Adorno 2009. 200 f. Tese (Doutorado), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

WRIGHT, Nat MJ; TOMPKINS, Charlotte NE. How can health services effectively meet the health needs of homeless people?. **Br J Gen Pract**, v. 56, n. 525, p. 286-293, 2006.

WRIGHT, Nat MJ; TOMPKINS, Charlotte NE. Decreto presidencial n. 7.053, de 23 de Dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 24 dez. 2009a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Promotion Conferences**. 2012. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/en/>. Acesso em: 12 out. 2018.

## 6 TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Durante esses 21 anos que venho me dedicando ao fortalecimento e efetivação das políticas públicas no Sistema Único de Saúde (SUS), sem dúvida nenhuma, trabalhar com as pessoas em situação de rua, articulando redes de cuidado com a responsabilidade de mantê-las para alcançar repostas mais potentes, sem frustrá-las e nem mesmo criar expectativas irreais nas relações estabelecidas, se configurou em um dos maiores desafios que tive como trabalhador do SUS.

Tendo em vista as inúmeras necessidades de cuidado em saúde, o alto nível de insalubridade em que vivem essas pessoas e as limitações nesse cuidado, destaca-se a falta de recursos materiais e de pessoal capacitado para essa abordagem.

Essas limitações esbarram nas suas expectativas de mudanças ou melhoria de condição, tendo em vista suas vivências permeadas por dores, angústias, frustrações, desamparos e sofrimentos.

Este estudo sugere a construção de um manual de cuidados específico para essas pessoas que vivem nas ruas da cidade de Manaus, com foco na capacitação da rede intersetorial de cuidados às pessoas em situação de rua.

No que se refere às limitações desta pesquisa, é possível destacar as dificuldades na comunicação com essas pessoas, pois em vários momentos os participantes da pesquisa se dispersaram e trazê-los para a concentração era um grande desafio. Por isso, entende-se ser de grande importância a preparação do ambiente e do pesquisador para que a produção de dados ocorra de maneira empática com acolhimento e fluidez.

Ainda se faz importante lembrar que muito se escreve sobre as pessoas em situação de rua de várias partes do Brasil, porém o estudo com dados oficiais do Poder Público brasileiro data de 2009, e desde então nenhuma publicação oficial foi redigida, e o que se sabe sobre essa população são dados de estudos mais regionalizados, mesmo tendo se constatado um aumento expressivo de pessoas nessa situação. O IBGE, no censo que acontecerá neste ano de 2022, excluiu essa população da contagem oficial; esta decisão comprova e afirma o total descaso do poder público para com estas pessoas (IBGE, 2021).

No entanto, o presente estudo oferta à cidade de Manaus-AM informações valiosas acerca dessa população. Em meio à escassez de relatos científicos produzidos com método que legitime suas falas, espera-se que essas informações possam orientar cuidados em saúde que alterem suas condições de existência, de forma a retirar entraves de acesso, eliminando

os preconceitos e estigmas sofridos por essas pessoas, tratando-as com dignidade e respeito à diversidade humana.

Sendo assim, o objetivo desta pesquisa foi alcançado e espera-se que esse relato de pesquisa possa contribuir para a intensificação da discussão e, conseqüentemente, para a alteração das ações e de políticas públicas voltadas ao cuidado da população em situação de rua.

## REFERÊNCIAS

- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n. 3, p. 16-29, 2004.
- ANDRADE, L. P.; COSTA, S. L. da; MARQUETTI, F. C. A rua tem um ímã, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do Estado de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 1248-1261, 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BASTOS, F.; BERTONI, N. **Pesquisa nacional sobre o uso do crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora ICICT; FIOCRUZ, 2014.
- BORYSOW, I. C.; CONILL, E. M.; FURTADO, J. P. Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, p. 879-890. doi: 10.1590/1413-81232017223.25822016, 2017.
- BRASIL. Constituição Federal, da Saúde. **Art. 196**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: [https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988\\_06.06.2017/art\\_196\\_.asp](https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_06.06.2017/art_196_.asp). Acesso em: 10 nov. 2018.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2013. 168 p. (Série Legislação Brasileira).
- BRASIL. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080\\_190990.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm). Acesso em: 10 nov. 2018.
- BRASIL. **Lei nº 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142\\_281290.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm). Acesso em: 10 nov. 2018.
- BRASIL. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080\\_190990.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm). Acesso em: 10 nov. 2018.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 218**, de 6 de março de 1997. Reconhece as categorias profissionais de saúde de nível superior. Brasília, DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1997.

BRASIL. **Decreto Presidencial n. 7.053**, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 24 dez. 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.305**, de 24 de dezembro de 2009. Institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. Brasília, DF, 2009b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305\\_24\\_12\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305_24_12_2009.html). Acesso em: 10 nov. 2018.

BRASIL. **Decreto Presidencial nº 7.053**, de 23 de Dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 24 dez. 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.305**, de 24 de dezembro de 2009. Institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. Brasília, 2009b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305\\_24\\_12\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305_24_12_2009.html). Acesso em: 10 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.190/GM** de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009c. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190\\_04\\_06\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html). Acesso em: 10 nov. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 7.179**, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2010. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm). Acesso em: 22 maio, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 122** de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 de janeiro de 2011. Seção 1, nº 19, p. 46-7. Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Saúde (Sistema Cartão). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2011b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940\\_28\\_04\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html). Acesso em: 12 nov. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088** de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011c. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 22. maio, 2018.

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

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano**. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF, 2017.

BRÊTAS, Ana Cristina Passarella; OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de. Interseções entre as áreas de conhecimento da gerontologia, da saúde e do trabalho: questões para reflexão. **Saúde e Sociedade**, v. 8, p. 59-82, 1999.

CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. História. **Ciências e Saúde: manguinhos**, v. 4, n. 2, p. 287-307, jul./out. 1997.

CARNEIRO JUNIOR, N. *et al.* Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 47-62, 1998.

CANO, I. Nas trincheiras do método: o ensino da metodologia das ciências sociais no Brasil. **Sociologias**, v.14, n. 31, p. 94-119, 2012

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. M. C. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de saúde pública**, v. 20, p. 1400-1410, 2004.

CENTRO DE ESTUDOS E TERAPIA DO ABUSO DE drogas - CETAD. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018. Disponível em: <http://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/ConsultoriodeRua>. Acesso em: 23 maio, 2019.

CURVO, Daniel Rangel *et al.* Integralidade e clínica ampliada na promoção do direito à saúde das pessoas em situação de rua. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 10, n. 25, p. 58-82, 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. **Resolução n ° 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, 2012 [citado 2014 Mar 11]. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html). Acesso em: 4 jan. 2014.

CUNHA, Júnia Valéria Quiroga da; RODRIGUES, Monica. **Rua: aprendendo a contar: pesquisa nacional sobre a população em situação de rua**. Brasília, DF: MDS; Secretaria de Avaliação e gestão da Informação; Secretaria Nacional de Assistência social, 2009. p. 233-233.



CUNHA, J. G. *et al.* Novos arranjos: lançando um olhar sobre os relacionamentos interpessoais de pessoas em situação de rua. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 95-108, 2017.

DEMO, Pedro. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2013.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene R.; EDLER, Flavio. As origens da reforma sanitária e do SUS. *In*: LIMA, Nísia Trindade *et al.* (org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p.59-81.

FERREIRA, Aurélio Buarque Holanda. **Dicionário eletrônico Aurélio**. 5. ed. Curitiba: Editora Positivo, 2014. 208p.

FLORES, M.; CONTRERAS, C.; HERNÁNDEZ, Y.; LEVICOI, Y.; VARGAS, C. 2015.Ocupación e identidade social en personas em situación de calle de la calle de punta arenas. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, v. 15, n. 2, p. 1-16, 2015.

FURTADO, Juarez Pereira; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 2643-2655, 2014. DOI 10.1590/0102-311X00187113.

GOMES, Bruno Ramos; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Tornar-se “noia”: trajetória e sofrimento social nos “usos de crack” no centro de São Paulo. *Etnográfica*. **Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia**, v. 15, n. 3, p. 569-586, 2011.

GOMES, Rita de Cássia Maciazeki. **Gente-caracol: a cidade contemporânea e o habitar as ruas**. Orientador: Edson Luiz André de Sousa 2006. 113 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Instituto de psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006.

GRAEFF, L. Corpos precários, desrespeito e autoestima: o caso de moradores de rua de Paris/FR. **Psicologia USP**, v. 23, n. 4, p. 757-775, 2012.

GRANJA, Gabriela Ferreira *et al.* Equidade no sistema de saúde brasileiro: uma teoria fundamentada em dados. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 74, 2011.

HALLAIS, J. A. S.; BARROS, N. F. Consultório na rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidades. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 7, 1497-1504. 2015. DOI: 10.1590/0102-311X00143114

IANNI, Octávio. **Ideia de Brasil moderno**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 2004.

IBGE. 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 4 jan. 2014.

KUNZ, G. S.; HECKERT, A. L.; CARVALHO, S. V. **Decreto presidencial nº 7.053**, de 23 de Dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, Seção 1, 24 dez. 2009a.

KUNZ, G. S.; Heckert, A. L.; CARVALHO, S. V. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.305**, de 24 de dezembro de 2009. Institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. Brasília, DF, 2009b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305\\_24\\_12\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305_24_12_2009.html). Acesso em: 10 nov. 2018.

KUNZ, G. S.; Heckert, A. L.; CARVALHO, S. V. Modos de vida da população em situação de rua: inventando táticas nas ruas de Vitória/ES. **Fractal. Revista de Psicologia**, v. 26, n. 3, p. 919-942, 2014.

KUNZ, Gilderlândia Silva; HECKERT, Ana Lucia; CARVALHO, Silvia Vasconcelos. Modos de vida da população em situação de rua: inventando táticas nas ruas de Vitória/ES. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 26, n. 3, p. 919-942. 2014. Doi 10.1590/1984-0292/1192.

KUNZ, G. S.; HECKERT, A. L.; CARVALHO, S. V. Modos de vida da população em situação de rua: inventando táticas nas ruas de Vitória/ES. **Fractal. Revista de Psicologia**, v. 26, n. 3, p. 919-942, 2014.

LEMKE, Ruben Artur; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 281-295, 2010.

LONDERO, Mário Francis Petry; CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando Silva. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 251-260, 2014.

LOPES, Lucília Elias. **Atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de consultórios na rua**: caderno de atividades. 2. ed. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, FIOCRUZ, 2018.

LUCCHESI, Patrícia T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 439-448, 2003.

MACHADO, Marcelo Pedra; RABELLO, Elaine Teixeira. Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, 2019.

MARICATO, Ermínia. **Habitação e cidade**. São Paulo: Atual, 1997.

MASSIGNAM, F. M.; BASTOS, J. L. D.; NEDEL, F. B. Discriminação e saúde: um problema de acesso. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v. 24 n. 3, p. 541-544, 2015. DOI 10.5123/S1679-49742015000300020

MATTOS, Ricardo Mendes; FERREIRA, Ricardo Franklin. Quem vocês pensam que (elas) são? representações sobre as pessoas em situação de rua. **Psicologia & Sociedade**, São Paulo, n. 16, maio/ago. 2004.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-305, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua**. Brasília, DF, 2008.

MOURA, Y. G.; SILVA, E. A.; NOTO, A. R. Redes sociais no contexto de uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua. **Psicologia em Pesquisa**, v. 3, n. 1, 31-46, 2009.

MOURA, James Ferreira; XIMENES, Verônica Morais. A identidade social estigmatizada de pobre: uma constituição opressora. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 28, p. 76-83, 2016.

MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA – MNPR. **Conhecer par lutar**; cartilha para formação política, [S.l.:s.n.], 2010.

NATALINO, M. A. C. Estimativa da população em situação de rua no Brasil. **Texto para Discussão**, Brasília, DF. IPEA, n. 2246. 2016.

NATALINO, Marco Antonio Carvalho. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil**, set. 2012 - mar. 2020). 2020.

NUNES, Larissa Ferreira; ESMERALDO FILHO, Carlos Eduardo. A vivência do sofrimento ético-político por parte das pessoas em situação de rua. **Revista Científico**, v. 20, n. 41, p. 19-38, 2020.

OLIVEIRA, M.G.P.N. **Consultório de rua**: relato de uma experiência. Orientadora: Mônica de Oliveira Nunes. 2009. 157 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

PERESTRELLO, Danilo. **A medicina da pessoa**. 5. ed. São Paulo: Livraria Atheneu Editora, 1996. World Health Organization. Health Promotion Conferences. 2012. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/en/>. Acesso em: 5 nov. 2018.

PINSKY, Jaime. **A escravidão no Brasil**. 12. ed. São Paulo: Contexto, 1993.

PONTES, Ana Paula Munhen de *et al.* O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 3, p. 500-7, 2009

PORTUGAL, **Estratégia nacional para integração de pessoas sem abrigo**. Lisboa, 2009. Disponível em: <http://www1.seg-social.pt/downloads/iss/ENIPSA.html>. Acesso em: 23 maio, 2019.

RODRIGUES, J. S., LIMA, A. F.; HOLANDA, R. B. Identidade, drogas e saúde mental: narrativas de pessoas em situação de rua. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. 3, p. 424-436, 2018.

RODRIGUES, I. de S. **A construção social do morador de rua: o controle simbólico da identidade.** Orientadora: Dmitri Cerboncini Fernandes. 2015. 129 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais), Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2015,

ROSA, Anderson da Silva; SECCO, Maria Gabriela; BRÊTAS, Ana Cristina Passarela. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 3, p. 331-336, 2006.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paulista de enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 5 e 6, 2007.

SCHUCH, P.; GEHLEN, I. A situação de rua para além de determinismos: explorações conceituais. *In*: DORNELLES, A. E. *et al.* **A rua em movimento: debates acerca da população adulta em situação de rua da cidade de Porto Alegre.** Belo Horizonte, MG: Didática, 2012. p. 11-25.

SALAMA, Pierre; DESTREMAU, Blandine. **O tamanho da pobreza: economia política da distribuição de renda.** Petrópolis: Garamond, 2001.

SILVA, M. L. L. **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005.** Orientadora: Ivanete Boschetti. 2006. 220 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Departamento de Serviço Social, Universidade Nacional de Brasília. Brasília, DF, 2006.

TILIO, Rafael de; Oliveira, Juliana de. Cuidados e atenção em saúde da população em situação de rua. **Psicologia em Estudo**, v. 21, n. 1, p. 101-113, 2016.

WRIGHT, Nat MJ; TOMPKINS, Charlotte NE. How can health services effectively meet the health needs of homeless people?. **Br J Gen Pract**, v. 56, n. 525, p. 286-293, 2006.

WRIGHT, Nat MJ; TOMPKINS, Charlotte NE. How can health services effectively meet the health needs of homeless people?. **Br J Gen Pract**, v. 56, n. 525, p. 286-293, 2006.

WRIGHT, Nat MJ; TOMPKINS, Charlotte N. E. Ministério da Saúde. **Portaria N° 3.305**, de 24 de dezembro de 2009. Institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. Brasília, DF, 2009b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305\\_24\\_12\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305_24_12_2009.html). Acesso em: 10 nov. 2018.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: **“O cuidado às pessoas em situação de rua na rede de atenção à saúde de Manaus/AM”**, que tem como objetivo construir orientações para o cuidado às pessoas em situação de rua na rede de atenção à saúde de Manaus.

O estudo será realizado pelo mestrando do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, da Universidade Federal de Santa Catarina, Jailson Barbosa, sob a orientação e responsabilidade da professora Dra. Maria Terezinha Zeferino.

Este estudo será de natureza qualitativa. A colaboração de cada participante será de envolver-se ativamente do Grupo Focal para coleta de dados. Para estimular os diálogos e a interação grupal, o moderador fará três perguntas motivadoras: 1) Quando vocês se consideram estar com algum problema de saúde? 2) Quando vocês se encontram assim, com problema de saúde, o que fazem e onde procuram cuidados? 3) De que forma e onde vocês gostariam de ser cuidado? As discussões do Grupo Focal serão gravadas e registradas através de anotações cursivas realizadas pelos dois observadores presentes no grupo e que considerarão aspectos verbais e não verbais. Espera-se que este Grupo Focal seja constituído por doze participantes, todos pessoas em situação de rua. Esse encontro terá duração de tempo máxima de 120 minutos (2 horas).

A participação nesta pesquisa não oferece riscos ou constrangimentos. As vantagens em relação à participação nesse estudo é que você poderá contribuir com sua vivência, no desenvolvimento de ações e melhorias nos processos de cuidado integral a saúde que podem vir a contribuir em melhores ações de saúde futuramente.

A pesquisa se orienta e obedece aos cuidados éticos definidos pela Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde. E você tem a garantia de que os dados fornecidos são confidenciais e seu nome não será identificado em nenhum momento, visando assegurar o anonimato e confidencialidade ao estudo. Os dados serão utilizados em publicações científicas ou divulgação em eventos científicos, no entanto, reitera-se que serão garantidos o sigilo e a confidencialidade referente à identificação dos participantes da pesquisa.

A qualquer momento, você poderá se negar a participar ou mesmo desistir de participar se assim o desejar, sem que haja qualquer penalização, basta comunicar o

pesquisador. Durante o estudo e após o seu término, todas as informações serão guardadas por cinco anos no Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas, após este período, o material será destruído. Após o término, você poderá ter acesso ao estudo após sua conclusão.

No caso de existir ainda alguma dúvida em relação à pesquisa ou quiser desistir, a qualquer momento poderá entrar em contato através do telefone (48) 37213424, ou por e-mail [terezinha.zeferino@ufsc.br](mailto:terezinha.zeferino@ufsc.br) ou [jail\\_sonbarbosa@hotmail.com](mailto:jail_sonbarbosa@hotmail.com) ou, ainda, pelo endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Trindade, Florianópolis/Santa Catarina. Brasil. CEP: 88040-900 – CCS Bloco I – Sala 513. Se você desejar informações sobre o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UFSC) pode entrar em contato pelo telefone: (48) 37219206, sem que haja qualquer prejuízo a você ou à pesquisa.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Dra. Maria Terezinha Zeferino  
Barbosa

(pesquisadora)

Mestrando Jailson

(pesquisador)

### TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, \_\_\_\_\_ concordo em participar, na qualidade de voluntário no projeto de pesquisa intitulado **“O cuidado às pessoas em situação de rua na rede de atenção à saúde de Manaus/AM”** após ter sido devidamente informado sobre os objetivos, as finalidades do estudo e os termos de minha participação. Assino este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo que uma cópia se destina a mim (participante) e a outra ao pesquisador. As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sobre a responsabilidade dos proponentes do projeto. Estou ciente de que não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa.

E independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do projeto acima citados.

Manaus, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante



## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA n° 924.432/2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL: DISCURSOS E PRÁTICAS

**Pesquisador:** MARIA TEREZINHA ZEFERINO

**Área Temática:**

**Versão:**

**CAAE:** 39378213.4.0000.0121

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 924.432

**Data da Relatoria:** 07/12/2014

#### Apresentação do Projeto:

Trata o presente de um projeto de pesquisa sob a responsabilidade de Maria Terezinha Zeferino, professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSC, que assina como pesquisadora responsável a folha de rosto em conjunto com a Chefe do Departamento de Enfermagem da mesma instituição.

A pesquisa será exploratória descritiva com abordagem qualitativa, junto a trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) visando verificar o impacto da vivência de ser tutor do Curso Crise e Urgência em Saúde Mental sobre o cuidado em rede às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a implementação e articulação dos diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil para a atenção as situações de crise e urgência em saúde mental, na perspectiva de seus trabalhadores.

Objetivo Secundário:

a. Caracterizar os trabalhadores da RAPS que participaram do Curso Crise e Urgência em Saúde

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 924.432

Mental;

- b. Identificar as situações de crise e urgência em saúde mental mais impactantes para os trabalhadores da RAPS;
- c. Conhecer como as pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental são cuidadas na RAPS, na perspectiva dos seus trabalhadores;
- d. Caracterizar a RAPS através da perspectiva dos seus trabalhadores;
- e. Conhecer como se dá a articulação entre os diversos pontos da RAPS para a atenção às situações de crise e urgência em saúde mental;
- f. Identificar estratégias para ampliar a resolutividade do cuidado em rede às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental;
- g. Desvelar a vivência dos trabalhadores da RAPS no atendimento às pessoas em situação de crise e urgência e saúde mental;
- h. Avaliar a satisfação dos alunos com o Curso Crise e Urgência em Saúde Mental;
- i. Avaliar a percepção da aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos no Curso Crise e Urgência em Saúde Mental na prática profissional dos alunos;
- j. Verificar o impacto da vivência de ser tutor do Curso Crise e Urgência em Saúde Mental sobre o cuidado em rede às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

De acordo com o que foi literalmente citado no projeto:

"Riscos:

A participação nesta pesquisa não lhe trará complicações legais, não implicará em ônus ou danos aos participantes. Porém, não se pode assegurar que não lhe trará nenhum desconforto, dentre os possíveis pode-se citar o de divulgar informações sobre o seu cotidiano de trabalho e das relações interpessoais que nele estão presentes.

Benefícios:

Os benefícios dessa pesquisa são de contribuir na implementação da RAPS no Brasil no que tange a formação dos trabalhadores e gestores do SUS, bem como, favorecer o cuidado do usuário nos serviços de saúde."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Informações adicionais sobre a pesquisa estão devidamente descritas nos campos do presente Parecer e nos documentos submetidos do processo

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 924.432

Constam na Plataforma os documentos solicitados para a submissão do projeto:

- 1) Folha de rosto devidamente assinada;
- 2) Formulário Projeto da Pesquisa - PB;
- 3) Projeto de Pesquisa estruturado na íntegra;
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e
- 5) Declaração de concordância expedida pela instituição

**Recomendações:**

Incluir no TCLE que o documento será assinado em duas vias de igual conteúdo

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Considerando o que foi apresentado, sou de parecer favorável à aprovação deste processo

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FLORIANOPOLIS, 20 de Dezembro de 2014

---

**Assinado por:**  
**Washington Portela de Souza**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

## ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA n° 3.057.573/2018

---

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL: DISCURSOS E PRÁTICAS

**Pesquisador:** MARIA TEREZINHA ZEFERINO

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 39378213.4.0000.0121

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.057.573

#### Apresentação do Projeto:

Justificativa da emenda: Visando maior esclarecimento sobre o objeto de estudo, solicita-se ampliação da população da pesquisa, incluindo usuário e familiares atendidos na rede de atenção psicossocial, uma vez que a prática profissional em saúde mental pressupõe a interação com o usuário e família. Desta forma, foram realizadas as seguintes alterações: 1. Mudança do objetivo geral: Analisar a implementação e articulação dos diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil para a atenção às situações de crise e urgência em saúde mental, na perspectiva de seus trabalhadores, usuários e familiares. 2. Inclusão de objetivo específico: k. Desvelar a vivência dos usuários e familiares da RAPS no atendimento às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental após a realização da capacitação dos trabalhadores. 3. Inclusão de questão específica: Questão: Como você percebe o cuidado recebido nas situações de crise e urgência em saúde mental? 4. Inclusão de critérios para os participantes: Critérios de inclusão para os usuários e familiares: pertencer a uma das unidades de saúde em que pelo menos um dos trabalhadores foi aprovado no Curso Crise e Urgência em Saúde Mental e aceitar participar da pesquisa, através da assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (APENDICE C). Critérios de exclusão para os usuários e familiares: não ter disponibilidade para participar dos encontros de grupo focal realizados no serviço de saúde. 5. Detalhamento para a coleta de dados: Usuários e Familiares: Coleta dos dados será realizada através da realização de grupos focais, com 15 participantes. Já os grupos focais a serem realizados com usuário e familiares abordarão a

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.057.573

vivência do recebimento de cuidado e atendimento pelos trabalhadores de um serviço de saúde, em que trabalhadores foram capacitados. A questão norteadora será: Como você vivenciou o cuidado recebido nas situações de crise e urgência em saúde mental? Os GFs serão gravados, filmados e ou fotografados, de acordo com a autorização dos participantes, espera-se que dure em média 100 minutos e serão realizados nas dependências do serviço de saúde ao qual o usuário e familiar possuem vínculo. 6. Análise dos dados: Tutores, usuários e familiares: embora o objetivo do grupo focal a ser realizado com tutores e com usuários/familiares seja diferente e que ainda serão realizados em momentos diferentes da pesquisa, o processo de análise será o mesmo. 7. Inclusão de novo TCLE: Apêndice C; 8. Ampliação do Cronograma 2018-2021; 9. Inclusão de pesquisadores: Considerando que o projeto será prorrogado, registramos a equipe que executará a proposta apresentada: - SILVANA SILVEIRA KEMPFER Enfermeira. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSC. Doutora em Enfermagem pela UFSC. Líder do Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas. – APIS. - LÍVIA SILVA LIMA Membro do Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas. – APIS. - JAILSON DA SILVA BARBOSA Membro do Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas. – APIS. – BARBARA APARECIDA OLIVEIRA FORGEARINI Membro do Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas. – APIS. - SUELEN FELIPE GONÇALVES Membro do Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas. – APIS.

**Objetivo da Pesquisa:**

Já avaliados

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Já avaliados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Foram sanadas as pendências.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram inseridos novos TCLEs em conformidade com as exigências da resolução 466/12.

**Recomendações:**

Sem recomendações adicionais.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O CEPESH/UFSC tomou conhecimento da emenda e recomenda sua aprovação.

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.057.573

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1244628_E1.pdf	15/11/2018 15:07:58		Aceito
Outros	emenda.doc	15/11/2018 15:07:24	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOemenda.doc	15/11/2018 15:07:12	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
Outros	CARTAREPOSTApendencia.doc	06/11/2018 15:14:10	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICEtutores.pdf	06/11/2018 15:06:56	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICEprofissional.pdf	06/11/2018 15:06:40	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICEpacienteefamiliar.pdf	06/11/2018 15:06:31	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	24/10/2018 18:23:59	GABRIELA MARCELLINO DE MELO LANZONI	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA DE ROSTO PROJETO APIS.jpg	25/11/2014 11:11:49		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.057.573

FLORIANOPOLIS, 05 de Dezembro de 2018

---

**Assinado por:**  
**Nelson Canzian da Silva**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br