

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

GLAUBER DOS REIS RIBEIRO

**UMA ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE ACESSO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO
DE RUA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES**

VITÓRIA, ES
2023

GLAUBER DOS REIS RIBEIRO

**UMA ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE ACESSO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO
DE RUA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Profa. Dra. Janice Gusmão
Ferreira de Andrade

Área de concentração: Políticas Públicas,
Saúde, Processos Sociais e
Desenvolvimento Local

Linha de pesquisa: Serviço Social,
Processos Sociais e Sujeitos de Direito.

VITÓRIA, ES

2023

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

R484a Ribeiro, Glauber dos Reis
Uma análise das condições de acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde no município de Vitória – ES / Glauber dos Reis Ribeiro. - 2023.
159 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Janice Gusmão Ferreira de Andrade.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2023.

1. Inclusão social – Vitória (ES). 2. Pessoa em situação de rua – Vitória (ES). 3. Política de saúde. 4. Vulnerabilidade social – Vitória (ES). 5. Serviços de saúde – Vitória (ES). I. Andrade, Janice Gusmão Ferreira de. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 362.53

GLAUBER DOS REIS RIBEIRO

**UMA ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE ACESSO DA POPULAÇÃO DA
POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE VITÓRIA - ES**

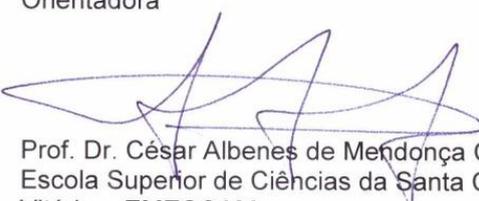
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 11 de Julho de 2023.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Janice Gusmão Ferreira de Andrade
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientadora



Prof. Dr. César Albenes de Mendonça Cruz
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Membro Titular Interno



Profa. Dra. Renata Silva Souza
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES
Membro Titular Externo

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado o fôlego da vida e a sabedoria para seguir com perseverança e resiliência até a conclusão deste trabalho.

Aos meus pais Helcio Resende Ribeiro e Eneida Ferreira dos Reis Ribeiro por me concederem a oportunidade e o incentivo para me inserir nessa incrível jornada do mundo acadêmico.

À minha esposa, Rosiani Maria Rodrigues dos Reis, com quem divido toda essa jornada até aqui e por ter renunciado a muitos momentos para que eu pudesse me dedicar ao mestrado.

À todo corpo docente do programa, por compartilharem seus conhecimentos através das disciplinas, núcleos de estudos e tantos outros momentos que contribuíram com o arcabouço teórico que possibilitou a construção desta dissertação.

Às pessoas em situação de rua que me inspiraram na produção desta pesquisa direta ou indiretamente.

À Prefeitura de Vitória, por autorizar a realização desta pesquisa.

RESUMO

Inúmeros fatores levam pessoas a viverem em situação de rua, dentre os quais, destacamos violência intrafamiliar, dependência química, a falta de apoio familiar, o desemprego, aspectos econômicos e de saúde. Considerando que o espaço da rua como moradia expressa a face da pobreza mais aguda da sociedade capitalista, na qual os sujeitos que a ocupam vivem na mais completa precariedade, e assim se apresentam com características como a falta de higiene pessoal, o uso de substâncias psicoativas, a ausência de documentação, entre outros fatores, que podem acarretar em condições desfavoráveis a sua acolhida, torna-se relevante identificar as principais barreiras encontradas no acesso aos serviços de saúde. Diante disso, a pesquisa tem como objetivo analisar o acesso das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde, e ainda, caracterizar essa população, apontando potencialidades e barreiras enfrentadas no acesso às políticas públicas de saúde. Para tanto, foi realizada pesquisa qualitativa, com revisão da literatura já produzida e entrevistas com roteiro semiestruturado. É de suma importância repensar estratégias de acolhimento, considerando as particularidades da população em questão, a fim de melhor atender suas demandas, além de capacitar as equipes para promover um atendimento humanizado, buscando sempre a qualidade no acolhimento e na atuação interdisciplinar. Referente aos resultados, alguns entraves foram constatados quanto ao acesso da população em situação de rua aos serviços da atenção primária, como exigência de documentação e/ou comprovante de residência, barreira que muitos participantes só conseguiram superar mediante a intervenção do Consultório na Rua. Também foi possível apontar a presença da discriminação dos profissionais nos atendimentos, onde os entrevistados relataram diversos episódios de desvalorização social, além de rotatividade de profissionais e falta de humanização no atendimento. Houve relatos com relação à falta de aprofundamento no atendimento médico, demora e lacuna significativa de tempo entre marcação e consulta. Conclui-se que o acesso à saúde foi dificultoso, para a maior parte dos entrevistados, principalmente no acolhimento, mas também nos diferentes níveis, desde a recepção, até o preparo e atendimento médico, caracterizando em um direito constitucional negado à população em situação de rua.

Palavras-chaves: Pessoa em situação de rua; Inclusão Social; Política de Saúde.

ABSTRACT

Numerous factors lead people to live on the streets, among which we highlight intra-family violence, chemical dependency, lack of family support, unemployment, economic and health aspects. Considering that the space of the street as a dwelling expresses the face of the most acute poverty of capitalist society, in which the subjects who occupy it live in the most precarious conditions, and thus present themselves with characteristics such as lack of personal hygiene, the use of psychoactive substances, the lack of documentation, among other factors, which may result in unfavorable conditions for their reception, it becomes relevant to identify the main barriers encountered in accessing health services. In view of this, the research aims to analyze the access of people living on the streets to health services, and also to characterize this population, pointing out potentialities and barriers faced in accessing public health policies. For that, a qualitative research was carried out, with a review of the literature already produced and interviews with a semi-structured script. It is extremely important to rethink welcoming strategies, considering the particularities of the population in question, in order to better meet their demands, in addition to training teams to promote humanized care, always seeking quality in welcoming and interdisciplinary action. Regarding the results, some obstacles were found regarding the access of the homeless population to primary care services, such as the requirement for documentation and/or proof of residence, a barrier that many participants were only able to overcome through the intervention of the Street Clinic. It was also possible to point out the presence of discrimination among professionals in care, where respondents reported several episodes of social devaluation, in addition to professional turnover and lack of humanization in care. There were reports regarding the lack of depth in medical care, delay and significant time gap between appointment and consultation. It is concluded that access to health was difficult for most of the interviewees, mainly in terms of reception, but also at different levels, from reception to preparation and medical care, often characterizing a constitutional right denied to the population in street situation.

Keywords: Street person; Social inclusion; Health Policy.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – “Massacre da Sé” é exemplo de violência contra população de rua.... 33
- Figura 2 - População de rua na Praça da Sé, no centro de São Paulo..... 34

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Sexo.....	83
Gráfico 2- Faixa Etária.....	84
Gráfico 3 – Cor/Raça.....	85
Gráfico 4 - Naturalidade.....	86
Gráfico 5 - Escolaridade.....	87
Gráfico 6 – Tempo em situação de rua.....	88
Gráfico 7 – Possui Certidão de Nascimento.....	88
Gráfico 8 – RG - Registro Geral	89
Gráfico 9 – CPF - Cadastro de Pessoa Física.....	89
Gráfico 10 – CTPS - Carteira de Trabalho e Previdência Social	90
Gráfico 11 – Título de Eleitor.....	90
Gráfico 12 – Local de pernoite.....	91
Gráfico 13 – Acesso a Serviços.....	92
Gráfico 14 – Como obtém refeições.....	93
Gráfico 15 – Motivo de ida para a rua.....	94
Gráfico 16 – Dispõe de alguma renda.....	95
Gráfico 17 – Realiza algum trabalho.....	95
Gráfico 18 – Profissão.....	96
Gráfico 19 – Queixa de saúde imediata.....	97
Gráfico 20 – Doenças Crônicas.....	98
Gráfico 21 – Realiza acompanhamento de saúde.....	99
Gráfico 22 – Já ficou hospitalizado? Se sim, por qual motivo?.....	100
Gráfico 23 – Costuma concluir o tratamento de saúde?.....	101
Gráfico 24 – Dificuldade no atendimento na Unidade de Saúde do Centro?.....	102

Gráfico 25 – Houve dificuldade no atendimento da UBS – Jardim da Penha?.....	103
Gráfico 26 – Como você avalia o atendimento na UBS – Centro?.....	105
Gráfico 27 – Como você avalia o atendimento da UBS – Jardim da Penha?.....	106
Gráfico 28 – Você foi acolhido como gostaria na UBS – Centro?.....	108
Gráfico 29 – Você foi acolhido como gostaria na UBS – Jardim da Penha?.....	109
Gráfico 30 – Três sentimentos despertados ao buscar atendimento na UBS - Centro.....	110
Gráfico 31 - Três sentimentos despertados ao buscar atendimento na UBS – Jardim da Penha.....	110
Gráfico 32 – Caso o atendimento recebido tenha sido insatisfatório, relate o motivo. (UBS – Centro).....	111
Gráfico 33 - Caso o atendimento recebido tenha sido insatisfatório, relate o motivo. (UBS – Jardim da Penha).....	112
Gráfico 34 – Em algum momento você se sentiu discriminado? Se sim, explique como foi e sob quais aspectos (UBS – Centro).....	114
Gráfico 35 – Em algum momento você se sentiu discriminado? Se sim, explique como foi e sob quais aspectos (UBS – JP).....	115
Gráfico 36 – Como profissional, o que você considera mais importante no atendimento a essa população?.....	118
Gráfico 37 – Como é feita a aproximação e abordagem dessa população?.....	119
Gráfico 38 – Existem protocolos específicos para atender essa população? Se sim, quais são e como vocês utilizam?.....	120
Gráfico 39 – Quais são as principais queixas de saúde das pessoas em situação de rua?.....	122
Gráfico 40 – Qual é a metodologia adotada para aumentar a probabilidade de adesão do usuário ao tratamento de saúde?.....	123
Gráfico 41 – Quais são as estratégias utilizadas para favorecer o acesso da PSR aos serviços de saúde?.....	124
Gráfico 42 – Quais as principais dificuldades encontradas pela equipe para a interface com as demais políticas públicas?.....	125

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AMARIV	Associação de Catadores de Materiais Recicláveis de Vitória
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAAD	Centro de Acolhimento e Atenção Integral sobre Drogas
CAD ÚNICO	Cadastro Único para Programas Sociais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CEB	Comunidades Eclesiais de Base
CENTRO POP	Centro de Referência Especializado para População em Situação
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNR	Consultório na Rua
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
CST	Companhia Siderúrgica de Tubarão
CTPS	Carteira de Trabalho e Previdência Social
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
EJA	Educação de Jovens e Adultos
ES	Espírito Santo
FESBEM	Fundação Nacional Espírito-Santense do Bem-Estar do Menor
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial
JP	Jardim da Penha
IASES	Instituto de Atendimento Socioeducativo do Espírito Santo
IBC	Instituto Brasileiro do Café
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IJSN	Instituto Jones Santos Neves
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social

MDS	Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MS/GM	Ministério da Saúde Gabinete do Ministro
MNPR	Movimento Nacional de População em Situação de Rua
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS	Organização Panamericana de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNPR	Política Nacional para a População em Situação de Rua
PSE	Proteção Social Especial
PSR	Pessoa em Situação de Rua
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RMGV	Região Metropolitana da Grande Vitória
SEAS	Serviço Especializado em Abordagem Social
SEDH	Secretaria Estadual de Direitos Humanos
SESD	Subsecretaria de Estado de Políticas sobre Drogas
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência Social
SPA	Substâncias Psicoativas
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 OBJETIVOS	15
1.1.1 Objetivo Geral	15
1.1.2 Objetivos Específicos	15
1.2 PROBLEMA DA PESQUISA	15
1.3 QUESTÕES NORTEADORAS	15
1.3 JUSTIFICATIVA	16
1.4 METODOLOGIA	16
1.5 DELINEAMENTO DO ESTUDO	20
1.6 ANÁLISE DOS DADOS	20
2 PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: QUEM SÃO COMO SE CONSTITUEM?	24
2.1 POLÍTICA NACIONAL PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	43
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	44
2.3 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	49
2.4 SURGIMENTO, CONSOLIDAÇÃO DO SUS E SUA ABRANGÊNCIA PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	49
3 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO ESPÍRITO SANTO	59
3.1 GÊNESE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA CAPIXABA	59
3.2 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE RUA DA GRANDE VITÓRIA	65
3.3 ESTRUTURAÇÃO DA REDE MUNICIPAL DE ATENDIMENTO DESTINADA A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA EM VITÓRIA-ES	73
3.4 ACESSO À SAÚDE	78
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	84
4.1 ENTREVISTA COM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA	84
4.2 BLOCO I - CARACTERIZAÇÃO	84
4.3 BLOCO II - SOBRE A SAÚDE	98
4.4 BLOCO III - ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	102
4.5 ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DO CONSULTÓRIO NA RUA	119
5 CONCLUSÕES	129
5.1 CARACTERIZAÇÃO	129
5.2 DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS DO CONSULTÓRIO NA RUA	129
5.3 ACESSO	131
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	137

7 REFERÊNCIAS	140
8 APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA	149
8.1 BLOCO I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	149
8.2 BLOCO II - SOBRE A SAÚDE	149
8.3 BLOCO III – ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	150
8.4 ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DO CONSULTÓRIO NA RUA	152
9 APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	155
10 APÊNDICE C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	159

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa surgiu a partir de percepções em meio a minha trajetória profissional como técnico de referência do Centro Pop de Vitória, onde no dia a dia, por meio do exercício das minhas atribuições, pude observar alguns apontamentos realizados por pessoas em situação de rua com relação ao acesso aos serviços de saúde do município e sob qual contexto essa busca pelo atendimento ocorria. Alguns episódios me geraram um incômodo e a partir disso, fui buscando na literatura explicações e possíveis ajustes através da realidade de outras regiões do Brasil. Diante dessa inquietação, entendi que, dada a pertinência do tema, seria oportuno estabelecer relações entre a literatura e a realidade local, para fomentar uma investigação mais aprofundada, considerando que para minha surpresa, existe um quantitativo significativo de produções a respeito dessa problematização.

A partir das inúmeras limitações e dificuldades encontradas no contexto de vida das pessoas em situação de rua, o estudo se propõe a compreender como se dá o acesso da população de rua à Política de Saúde no município de Vitória-ES. Estudos realizados por Nunes (2019, p.06) apontam que:

Os moradores de rua utilizam, majoritariamente, os serviços de urgência e emergência e estes ficam restritos à entrada para o primeiro atendimento. Portanto, o direito constitucional de acesso aos serviços de saúde é negado, muito por conta dos estereótipos construídos pela sociedade. Este, então, torna-se um desafio para os profissionais da área, pois questiona o SUS como importante conquista de política pública de inclusão social.

Considerando a multiplicidade de determinantes oriundos de diversas áreas que condicionam os processos de realização, o que agrava ainda mais, as condições já vulneráveis de quem habita as ruas das grandes cidades ou faz delas espaço de sobrevivência, foi instituída a Política Nacional para Inclusão Social da População em situação de rua, planejada de modo intersetorial. Posteriormente, em 2012, o Ministério da Saúde organizou o primeiro manual direcionado para o cuidado à saúde da população em situação de rua, objetivando facilitar o acesso aos serviços da saúde através do Consultório na Rua, como forma de busca ativa dessas pessoas para fortalecimento de vínculo com a rede de atenção básica.

Diante da atual conjuntura fica evidenciada a importância do cuidado particularizado a ser prestado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) aos cidadãos, sendo necessária a efetivação do trabalho em rede e articulado com todas as esferas governamentais para a efetivação do cuidado à pessoa em situação de rua (BRASIL, s/a).

Nesse viés, a presente pesquisa chama atenção para a relação entre a população em situação de rua e o sistema de saúde, a fim de apontar as possíveis falhas e incoerências do modelo de atenção à saúde atual para lidar com esse público. Assim, torna-se necessário fomentar tal discussão considerando que as possíveis dificuldades de acesso se opõem aos princípios do SUS

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar as possibilidades e barreiras enfrentadas por pessoas em situação de rua no acesso aos serviços de saúde no município de Vitória-ES.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar as principais características das pessoas em situação de rua no município;
- Identificar as principais dificuldades apontadas pela equipe para a garantia de acesso a saúde e quais estratégias são utilizadas para favorecer o acesso desse segmento populacional;
- Investigar como os sujeitos percebem o seu acesso aos serviços de atenção primária em saúde, em Vitória;

1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

Como se configura o acesso aos serviços de saúde da população em situação de rua no município de Vitória.

1.3 QUESTÕES NORTEADORAS

Quais as principais características das pessoas em situação de rua e os agravos à saúde mais frequentes?

Quais as estratégias utilizadas pelas equipes dos serviços de saúde para favorecer o acesso dessa população?

Qual a importância das equipes do Consultório na Rua e do Centro Pop para a busca da integralidade e intersetorialidade no atendimento às PSR?

Quais as principais dificuldades para a garantia de acesso aos serviços de saúde pela População em situação de rua?

Como os sujeitos em situação de rua percebem as condições de acesso e os cuidados ofertados nos serviços de saúde do Município de Vitória?

Quais os principais motivos apontados para a não adesão da população em situação de rua aos tratamentos de saúde?

1.4 JUSTIFICATIVA

O interesse pelo tema manifestou-se a partir da leitura de artigos, telejornais, experiência profissional nos serviços da Assistência Social e percepções durante essa trajetória com relação à possível dificuldade do acesso da pessoa em situação de rua aos serviços da saúde. “Por apresentar dificuldades em acessar serviços de atenção básica e especializada, utiliza hospitais e prontos-socorros com mais frequência.” (CHRYSTAL, 2015). Pretende-se também apontar alguns motivos que levam as pessoas a viverem em situação de rua, como por exemplo, a fragilização dos vínculos familiares, fatores socioeconômicos, saúde mental, dentre outros.

1.5 METODOLOGIA

De acordo com Demo (2000), “metodologia significa, na origem do termo, estudo dos caminhos, dos instrumentos utilizados para se fazer ciência [...] envolve também a intenção da discussão problematizante.” Para o autor, o método assume importância fundamental já que permite racionalidade e objetividade à pesquisa. Outros autores como Bruyne (1997), consideram que “a metodologia deve ajudar a explicar não apenas os produtos da investigação científica, mas principalmente, seu próprio processo.”

O presente estudo é caracterizado como qualitativo e explicativo, pois visa à conexão de ideias e fatos para compreender causas e efeitos de determinados fenômenos. A escolha do foco qualitativo desta investigação se justifica pelas contribuições que a metodologia qualitativa oferece à compreensão do objeto de estudo em suas diversas dimensões, dado o seu potencial para manejar os elementos complexos e dinâmicos dos fenômenos sociais, compreendendo-os de forma mais ampla e em suas inter-relações com o universo de:

Significados, motivações, aspirações, crenças, valores, atitudes, ideologias, que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não são redutíveis a simples operação de variáveis, um nível de realidade que não pode ser quantificado (MINAYO, 2004, p. 21).

A pesquisa qualitativa é também descritiva, já que objetiva uma investigação a respeito da “essência e a aparência do fenômeno e busca as causas da existência dele, procurando explicar sua origem, suas relações, suas mudanças e se esforça por intuir as consequências que terão para a vida humana”(TRIVIÑOS, 2009, p.129). Para Aguiar e Rocha (2007, p. 654), “pesquisar é, antes de mais nada, uma atitude que interroga os homens e os fatos em seus processos de constituição.” Entendendo a pesquisa como um modo de intervir nas relações sociais, o ato de pesquisar com seres humanos implica a construção de uma conexão entre as pessoas. “O pesquisador é um interventor implicado, o que significa assumir que é também objetivado pelo que busca objetivar, colocando as próprias implicações em análise.” (PAULON, 2005; ROCHA & AGUIAR, 2003; AGUIAR & ROCHA, 2007). Segundo Hobsbawm (1989), ultrapassar as conexões visíveis é exatamente o trabalho da ciência: “passar das aparências para a estrutura interna oculta do real”. Sob a lente epistemológica do método dialético-crítico, é válido dizer que pressupõe:

[...] um método que permite uma apreensão radical (que vai à raiz) da realidade, enquanto práxis, isto é, unidade de teoria e prática na busca da transformação e de novas sínteses no plano do conhecimento e no plano da realidade histórica, [...] é uma postura, um método de investigação e uma práxis, um movimento de superação e de transformação. Há, pois, um tríplice movimento: de crítica, de construção do conhecimento ‘novo’, e da síntese no plano do conhecimento e da ação (FRIGOTTO, 2010, p. 79-86).

Afirma-se, portanto, que essa epistemologia se traduz por meio da produção do saber através da análise da materialidade social, unindo o ser com o pensamento para resultar na identidade. Sob essa ótica, a pesquisa se embasa na compreensão mais genérica do real, estabelecendo relações e elementos, através do pensamento,

que são compreendidas em um contexto de totalidade, por meio de condições objetivas e subjetivas.

[...] não basta conhecer, precisamos explicitar o que queremos conhecer e para que conhecer. Queremos desvendar para dar visibilidade, para subsidiar estratégias ou políticas, para contribuir com o fortalecimento dos sujeitos, para desmistificar estigmas, enfim, desvendar para subsidiar ou instigar aprimoramentos, mudanças, transformações. Parece-nos ser esta também uma questão de método. (PRATES, 2003, p. 127).

O aprofundamento de uma pesquisa focada na realidade social, significa problematizar uma situação para futura transformação por meio de uma investigação comprometida com o tema e os participantes do estudo, organizando as ideias, estratégias e propostas por meio de uma apreensão contextualizada a partir de um entendimento do tema, da ação e dos processos envolvidos. Ainda segundo Prates (2003), “algumas vezes os temas nos escolhem, mas se o seu conteúdo não tem significado para nós, dificilmente nos mobilizam.” Assim sendo, a partir de uma apropriação do que se propõe a estudar, faz-se necessário esmiuçar os pormenores do tema para possibilitar a problematização do real, de maneira concreta.

Os participantes da pesquisa são pessoas em situação de rua de Vitória, ES, que permanecem nos territórios de abrangência das Unidades de Saúde do Centro e de Jardim da Penha. A escolha dessas unidades permite avaliar possíveis discrepâncias no acesso aos serviços de atenção primária à saúde, considerando que o Centro, além de ser uma região que abrange um quantitativo elevado de pessoas em situação de rua, a unidade de referência é a base de um dos Consultório na Rua do município, onde a interação com esses usuários possivelmente ocorre de maneira mais equitativa, considerando ainda o vínculo já existente entre as pessoas em situação de rua e a respectiva equipe, fator importante no acolhimento dessa demanda.

Já a unidade de Jardim da Penha, que é um bairro de infraestrutura privilegiada, sendo uma referência em Vitória, traz um contexto diferente, considerando que não possui Consultório na Rua instalado na referida unidade e esse território é atendido pela equipe do Consultório na Rua pertencente à Unidade Básica de Saúde de Andorinhas, o bairro em questão possui um padrão estrutural superior, diante disso, se faz interessante a comparação de ambas as realidades. Cabe ressaltar que um

membro da equipe de cada território que atua no Consultório na Rua também será entrevistado, para trazer a questão do acesso sob a ótica do profissional.

O perfil desejado para a escolha dos participantes da pesquisa pressupõe que sejam pessoas adultas, com histórico de situação de rua de no mínimo cinco anos, que não estejam sob efeito de substâncias psicoativas no momento da entrevista, que apresentem condições psíquicas para entender a proposta da pesquisa e que demonstrem capacidade para emitir respostas satisfatórias ao estudo. Referente ao perfil profissional, pressupõe-se que ele seja de nível superior e que tenha no mínimo um ano atuando no Consultório na Rua.

A pesquisa se dará por meio da técnica de amostragem não probabilística intencional. Segundo as autoras Marconi e Lakatos (1996), “o pesquisador está interessado na opinião (ação, intenção) de determinados elementos da população, nem sempre representativos da mesma [...]”. Esta amostra atende a critérios estabelecidos pelo pesquisador, conforme mencionado no parágrafo anterior, não havendo uma aleatoriedade na escolha da caracterização dos participantes. Essa técnica é intencional porque um perfil estabelecido de participantes de uma população maior terá a possibilidade de responder ao questionário e por esse motivo, Fonseca (1996), alerta que “não há formas de se generalizar os resultados obtidos na amostra para o todo da população quando se opta por este método de amostragem.”

A entrevista é a técnica de pesquisa a ser utilizada, que pressupõe o encontro de duas pessoas, onde o pesquisador tem por objetivo, obter informações referentes a determinado assunto, por meio da interação. Procedimento comumente usado na investigação social, coleta de dados, diagnóstico ou para abordar um problema social. Para Goode e Hatt (1969), a entrevista "consiste no desenvolvimento de precisão, focalização, fidedignidade e validação de um certo ato social como a conversação." Selltiz (1965) discorre acerca dos objetivos da entrevista, sendo o principal para esta pesquisa “Determinação de opiniões sobre os fatos. Conhecer o que as pessoas pensam ou acreditam que os fatos sejam.”

O tipo de entrevista a ser utilizado na pesquisa é a estruturada, onde o entrevistador estabelece um roteiro a ser seguido através de perguntas predeterminadas de acordo com um formulário. Essa padronização é de suma importância para que os participantes forneçam respostas às mesmas perguntas, possibilitando "que todas elas sejam comparadas com o mesmo conjunto de perguntas e que as diferenças devem refletir diferenças entre os respondentes e não diferenças nas perguntas" (LODI, 1974).

Oliveira (2000) fala sobre a importância da tríade "olhar, ouvir e escrever" no processo de pesquisar como ações interligadas. O "olhar e ouvir" sensível na pesquisa deve ocorrer por meio de uma postura cuidadosa do pesquisador, de forma que esse consiga apreender as observações e percepções em campo, distinguindo o que é significativo e o que não é, considerando as condições e características do contexto em que se pesquisa e de seus objetivos.

O processo de escrever, por sua vez, acontece a partir dos registros feitos em campo que são rememorados pelo pesquisador, os quais são, na maioria das vezes, realizados com base no que foi visto e escutado. Este estudo se estabelece através do olhar empenhado do pesquisador enquanto técnico de referência do Centro Pop de Vitória e sua entrada em campo se constitui sob a metodologia qualitativa. A imersão nesse contexto durante quatro anos provocou a formulação de indagações sobre a prática referente ao cuidado destinado às pessoas em situação de rua através da rede local e o intuito de colaborar para a qualificação dos serviços e ações.

1.6 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Serão entrevistados ao todo, dez participantes, sendo quatro pessoas em situação de rua e dois profissionais do Consultório na Rua, um do território do Centro de Vitória e outro do bairro Jardim da Penha.

1.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados levantados através dos registros das entrevistas serão transcritos para serem submetidos à análise de dados qualitativos, também designada como análise de conteúdo. Segundo Moraes (1999) "a análise de conteúdo constitui-se de uma

metodologia de pesquisa utilizada na descrição e interpretação de documentos e textos das mais diversas classes”. Por meio de sistematização dessas descrições, o pesquisador tem elementos para interpretar as mensagens e assim, obter um entendimento mais aperfeiçoado destas. Segundo Krippendorf (1990, apud Moraes, op. cit., 10) “em qualquer mensagem [...] podem categorizar-se as frases, descrever a estrutura lógica das expressões, verificar as associações, denotações, conotações e formular-se interpretações psiquiátricas, sociológicas ou políticas.” Assim, a análise de conteúdo varia entre a objetividade dos números e a fertilidade da subjetividade, onde a abordagem qualitativa usa a intuição e a indução como meios de alcançar um nível mais aprofundado de investigação dos fenômenos. Independentemente da abordagem, esta traz a possibilidade de fornecer subsídios complementares ao leitor crítico de um conteúdo, seja ele um crítico literário, historiador, sociólogo, psicólogo ou outro. Dessa forma, é válido ressaltar que a análise de conteúdo traz a percepção do pesquisador em relação aos dados, logo, esse método baseia-se na interpretação.

Na análise temática o foco é o sentido, os significados atribuídos aos significantes dentro do discurso. É a partir dela que a análise qualitativa se aproxima de uma hermenêutica, valorizando tanto o psicológico quanto o linguístico, conjugando o psicológico e o gramatical (RUEDEL, 1999, p.46).

Moraes (1999), afirma que “[...] de um modo geral a pesquisa qualitativa movimenta-se no sentido de leituras de maior profundidade, de interpretações mais sutis, de desocultação do oculto”. Dessa forma, desvendar as entrelinhas é um esforço que implica na inferência do pesquisador, a partir da sua subjetividade, para leitura das mensagens inconscientes. A análise textual discursiva requer uma leitura para além do exposto, em um exercício de aprofundamento para superação da análise de conteúdo, traduzido por meio da transição do representacional para o instrumental, fundamentando a investigação do que é dito para compreender qual é sua finalidade, ampliando os sentidos do discurso e destacando informações a serem categorizadas posteriormente.

O processo de categorização constitui uma etapa da metodologia analítica na pesquisa qualitativa, por meio de uma metodologia aberta e em constante desenvolvimento a partir da síntese por meio da unitarização que remete à ideia de desmontagem dos textos, a fim de analisar os materiais com profundidade,

trazendo-os em forma de fragmentos enquanto unidades constituintes do fenômeno a ser estudado. A categorização pode encaminhar-se a partir de dois processos localizados em extremos opostos. Um deles, de natureza mais objetiva e dedutiva, conduz às categorias denominadas a priori. O outro, indutivo e mais subjetivo, produz as denominadas categorias emergentes. Em qualquer de suas formas a categorização corresponde à construção de uma estrutura de categorias e subcategorias, levando à produção de metatextos (NAVARRO; DIAZ, 1994).

Os materiais analisados, compostos de interpretações e descrições, resultam na construção gradual do objeto da pesquisa através da abordagem indutiva, colocando a categorização como elemento chave. As unidades de análise devem ser definidas como palavras, frases, temas etc., para que em meio aos dados brutos, seja possível realizar sua divisão em unidades menores. É possível seguir uma série de direcionamentos por meio da análise textual discursiva para aglutinar conjuntos de unidades de análise e possibilitar novos entendimentos do fenômeno a ser pesquisado. O processo de categorizar compõe a cognição humana, onde os conhecimentos expressos pela linguagem, estabelecem nossas vivências com o meio. Nesse sentido, Thompson e Rosch (2000) afirmam que:

Uma das atividades cognitivas mais fundamentais que todos os organismos desempenham é a categorização. Por esse meio, as experiências individuais são transformadas em conjuntos mais limitados de categorias significativas e aprendidas, às quais os seres humanos e outros organismos respondem. (THOMPSON E ROSCH, 2000, p. 16)

Corresponde a síntese dos dados levantados na pesquisa, realizados através da diferenciação e comparação dos elementos, formando blocos de informações por similaridade. Esse processo se dá por meio de um encadeamento de passos analíticos, viabilizando o aprimoramento gradual dos agrupamentos. Conforme o aprofundamento do pesquisador com o tema ocorre, a validação e a melhora das categorias também acontecem, visando a apresentação do fenômeno de modo sintético e ordenado. Tratando-se da análise textual discursiva, através do método compreensivo construtivo, ancorado na indução analítica, a categorização ocorre através de processos construtivos e emergentes por meio de uma sequência de procedimentos integrados, a partir de um aprofundamento do material de análise. Posteriormente, mediante sucessivas leituras dos dados, viabiliza-se o levantamento

das unidades de análise para a elaboração das categorias, com foco nas metas e objetivos da pesquisa e possibilitando novos entendimentos sobre o fenômeno investigado.

Em todo o processo de categorização da análise textual discursiva, enfatiza-se a interpretação, a subjetividade e intersubjetividade de valorização dos contextos de produção e da natureza histórica dos processos de constituição de significados. Ainda que o encaminhamento das análises possa também pretender características mais objetivas e dedutivas, é na vertente mais subjetiva e indutiva que se atingem resultados mais criativos e originais. (MORAES, GALIAZZI, 2014, p. 79)

Assim, a análise textual discursiva propõe a superação dos modelos de pesquisa positivistas tradicionais, similar à hermenêutica enquanto técnica de interpretação e estudo da compreensão de um fenômeno, através de múltiplos sentidos aplicados a um dado contexto, transitando entre subjetividade e objetividade e dando voz aos participantes da pesquisa a partir de suas perspectivas. Portanto, a versão final das categorias se coloca através de um retrato das teorias de análise, a partir da construção desse processo.

Não somos lixo. Não somos lixo nem bicho. Somos humanos. Se na rua estamos é porque nos desencontramos. Não somos bicho e nem lixo. Não somos anjos, não somos o mal. Nós somos arcanjos no juízo final. Nós pensamos e agimos, calamos e gritamos. Ouvimos o silêncio cortante dos que afirmam serem santos. Não somos lixo. Será que temos alegria? Às vezes sim... Temos com certeza o pranto, a embriaguez. A lucidez e os sonhos da filosofia. Não somos profanos, somos humanos. Somos filósofos que escrevem Suas memórias nos universos diversos urbanos. A selva capitalista joga seus chacais sobre nós. Não somos bicho nem lixo, temos voz. Por dentro da caótica selva, somos vistos como fantasmas. Existem aqueles que se assustam, Não estamos mortos, estamos vivos. Andamos em labirintos. Dependendo de nossos instintos. Somos humanos nas ruas, não somos lixo.

Carlos Eduardo Ramos

2 PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: QUEM SÃO E COMO SE CONSTITUEM?

Quem são as pessoas em situação de rua? Quais suas principais características? Como sobrevivem? Por qual motivo vivem nas ruas? O que significa o trabalho em suas vidas? Qual o olhar da sociedade para esse segmento populacional? É resultado do processo de acumulação capitalista? Este capítulo se propõe a responder essas indagações à luz da teoria crítica social da tradição marxista. Será aprofundado também o olhar relacionado aos seus direitos sociais e o respaldo que a Política Nacional para população em situação de rua trouxe desde o seu surgimento.

Compreender esses aspectos é essencial para apurar o entendimento sobre esse fenômeno em seu contexto estrutural e sua relação com o modo de produção capitalista, que mesmo com variações históricas e múltiplas determinações, se torna um elemento de extrema importância na composição da pobreza nas sociedades capitalistas. A existência da população em situação de rua, precisa ser compreendida na emergência do sistema capitalista cujo modelo de produção e acumulação de riquezas se estrutura na exploração do trabalho assalariado, e que nesta lógica produz e reproduz uma pobreza jamais vista em sociedades anteriores. Essa população compõe os centros urbanos desde as cidades pré-industriais da Europa, com um quantitativo que hora se amplia e hora se retrai, variando conforme as transformações societárias do capitalismo contemporâneo.

Assim como o pauperismo do século XIX estava inserido no coração da dinâmica da primeira industrialização, também a precarização do trabalho é um processo central, comandado pelas novas exigências tecnológico-econômicas da evolução do capitalismo moderno. (CASTEL, 1998, p. 530-531).

Segundo Castel (1998), o crescimento econômico, o avanço dos direitos do trabalho e da proteção social ocorridos no período pós-segunda guerra mundial, viabilizaram para a sociedade salarial, maior distribuição da riqueza e conseqüentemente a diminuição das vulnerabilidades da massa. As políticas sociais se encontravam dentro do que se convencionou chamar de Estado de Bem-Estar Social, um conjunto de programas governamentais voltados à garantia do bem-estar dos cidadãos em face das contingências da sociedade industrializada, individualizada e moderna, provendo assistência direta aos pobres, como transferência de renda, ou assistência em forma de habitação e serviços sociais, além de seguro social contra conseqüências de certos riscos biológicos, tais como doença, incapacidade para o trabalho, gravidez, maternidade, e de certos riscos ocupacionais, como desemprego, acidente e danos causados pelo trabalho (VEGHTE, 2008).

No entanto, os 30 anos dourados do capital entram em crise em meados da década de 1970, a crise do petróleo, a inflação etc. leva ao fim o Estado de Bem-Estar Social encerrando a era do pleno emprego. “A iminência de transformações estruturais disparadas pelo desequilíbrio nas finanças públicas, culminaram no fim do estado de bem-estar.” (PIERSON, 1998). Evidências de uma crise provocada por uma colisão entre o petróleo e mudanças econômicas relacionadas, resultaram no recuo da atividade econômica, ocasionando na imersão de diversos países em uma recessão importante, além do aumento recorde nas taxas de desemprego no pós-guerra.

Em tese, as propostas de proteção social permaneciam garantidas; na prática, diante do déficit nas receitas públicas, bem como a redução das atividades econômicas, implicaram em dívidas públicas que prejudicaram ainda mais o cenário econômico. Mesmo sendo possível afirmar a priori que a causa da crise não tenha sido política ou social, e sim econômica, o Welfare State não foi o pilar desta, mas colaborou para acentuá-la, e assim, ocasionar sua própria crise financeira. Com um

produto estagnado ou mesmo decrescente, o crescimento do gasto social foi sustentado em parte à custa de uma redução em outras áreas do gasto público, que ao fim acusou retração relativa nos anos 1980 e 1990 (CASTLES, 2004).

A crise estrutural do capital e implantação do neoliberalismo possibilitaram o crescimento dos “supranumerários”, designados por Castel como conjunto populacional não pertencente às estruturas sociais: jovens sem o primeiro emprego, desempregados por longos períodos ou pessoas em processo de envelhecimento e sem lugar no mercado de trabalho. Os centros urbanos normalmente concentram a maior parte das pessoas em situação de rua, característica que se manteve durante toda a história dessa população. Bursztyn (2000), afirma que “viver no meio da rua não é um problema novo. Se não é tão antigo quanto a própria existência das ruas, da vida urbana, remonta, pelo menos, ao renascimento das cidades, no início do capitalismo”.

É possível identificar alguns fatores para entender por que as grandes cidades são mais atraentes e favoráveis a serem assumidas como local para habitação e subsistência. Um dos motivos é a maior circulação do capital que ocorre nos centros urbanos, favorecendo mais alternativas de trabalho, mesmo que informais, por meio de iniciativa própria ou coletivamente através de cooperativas e associações.

É possível constatar esse fato, considerando, por exemplo, a grande quantidade de materiais recicláveis descartada como lixo, que vem sendo reaproveitada pelos catadores de materiais recicláveis, com adesão crescente da população em situação de rua¹. Observa-se essa tendência historicamente construída no município de Vitória, por meio da Associação de Catadores e Catadoras de Materiais Recicláveis da Ilha de Vitória (AMARIV), que é identificada enquanto um empreendimento de economia solidária local, que possui uma parceria estabelecida com o Centro Pop para encaminhamento de pessoas em situação de rua que possuam interesse em atuar nesse empreendimento, “são vistos como organizações alternativas que se

¹ Pesquisa Recente, financiada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e realizada pelo Movimento Nacional de Catadores de Materiais Recicláveis, sobre a análise do custo de geração de postos de trabalho na economia urbana para o segmento dos catadores de materiais recicláveis, indicou que existiam no país, no momento de realização da pesquisa, no ano de 2005, 244 unidades básicas de cooperativas de catadores, localizadas em 199 municípios, em 22 estados, envolvendo cerca de 35.000 cooperados. Ver: MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Movimento Nacional de Catadores de Materiais Recicláveis. Análise do Custo de Geração de Postos de Trabalho na economia Urbana para o Segmento dos Catadores de Materiais Recicláveis. *Relatório Final*. Brasília: mimeo, 2006e. pp.9;120;131.

pautam em valores divergentes do mercado” (BARRETO; PAES DE PAULA, 2009). Pauta-se num trabalho sobre a perspectiva da sustentabilidade, da dignidade e do desenvolvimento solidário.

Em Belo Horizonte, por exemplo, o primeiro censo de população em situação de rua realizado na cidade, em 1998, identificou que das 916 pessoas entrevistadas, 15,61% desenvolviam a atividade de coleta de materiais recicláveis como alternativa de geração de renda. Já o segundo censo, realizado em 2005, constatou que das 1.164 pessoas em situação de rua, um percentual de 42,8% subsiste da coleta de materiais recicláveis². Na região urbana das grandes cidades, os territórios comerciais que movimentam as atividades econômicas, como lojas, bancos, supermercados e bares, favorecem a circulação de pessoas e se tornam áreas escolhidas pela população em situação de rua para permanecerem, devido a maior probabilidade de obterem renda por meio de atividades econômicas informais como guarda de carro, serviço de engraxates, venda de mercadorias de custo inferior, apresentações artísticas, ou simplesmente para receberem doações.

No Centro Pop de Vitória, ao qual atuei como técnico de referência de 2017 a 2022, atendendo a população em situação de rua por meio do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, tive como atribuições, realizar o acolhimento, escuta qualificada, oferta de informações e orientações, acompanhamento psicossocial por meio de metodologia individual e coletiva que contemplem as demandas identificadas, encaminhamentos monitorados para a rede socioassistencial, visitas domiciliares e demais estratégias, com o objetivo de promover a superação da situação de rua. Nesse período, estive a frente do projeto Centro Pop na Rua, que tinha como premissa realizar atendimentos psicossociais in loco, nos territórios mapeados previamente com maior índice de população em situação de rua, pude presenciar a realidade descrita no parágrafo anterior, com relação a execução de trabalhos informais e considerando que as aglomerações desse segmento populacional costumavam ocorrer em frente a grandes redes de supermercados, lojas, bares, praças e também nas feiras do bairro Jardim da Penha, no município de Vitória, no estado do Espírito Santo.

² Ver: BELO HORIZONTE.op.cit. 1998. p. 35 e BELO HORIZONTE. 2006.p.51.

A presença da população em situação de rua, gerava divergência de opiniões entre os moradores locais, pois alguns ajudavam como forma de solidariedade e muitas vezes saíam com sacolas de supermercado na mão para realizarem suas doações de gêneros alimentícios, enquanto outros mostravam-se incomodados com a presença da PSR, apontando que a atitude de doação reforçaria a permanência incômoda dessa população no bairro considerado nobre.

A equipe do Centro Pop Itinerante da qual fiz parte, que permanecia na região de Jardim da Penha em horários pré-estabelecidos, constantemente era questionada, onde indagavam porque essas pessoas não eram retiradas do local. Rotineiramente, refletíamos por meio de um trabalho educativo com os moradores, sobre a realidade das pessoas em situação de rua, seus direitos e o objetivo do nosso trabalho que não era de retirá-los dos seus locais de permanência, mas de realizar acompanhamento psicossocial e encaminhamentos, objetivando a superação da situação de rua por meio da reinserção familiar ou comunitária, no mercado de trabalho ou retorno para suas cidades de origem.

Os aspectos supracitados associados à renda e ao trabalho comprovam esse fenômeno como um fenômeno urbano, sendo a principal motivação o atendimento das necessidades básicas como alimentação, higiene pessoal, saúde e abrigo. E é nas grandes cidades que se encontram a maior composição de serviços públicos e infraestrutura, bem como instituições de caráter filantrópico que oferecem a provisão dessas necessidades.

É antiga a participação da igreja no enfrentamento à questão social através de ações sociais e filantrópicas, o que se amplia principalmente a partir da segunda metade do século XX e com o crescimento do terceiro setor. Nesta pesquisa observamos a participação da igreja no trato a expressão da questão da população em situação de rua a partir da Paróquia São Francisco de Assis em Jardim da Penha, fruto do empenho de muitas pessoas unidas, através da religião e por meio da Pastoral do Povo de Rua, para realizar o acolhimento das pessoas em situação de rua, fornecendo alimentação, doações e educação religiosa.

Outra instituição possível de ser mencionada em Vitória é a Missão Batista Cristolândia, que atua no apoio a dependentes químicos em situação de rua. Trata-se de uma organização sem fins lucrativos, de cunho religioso, que tem sede em Vitória e já realizou mais de 100 mil atendimentos. O Projeto trabalha na perspectiva da recuperação total do indivíduo, sem descuidar de nenhuma esfera que faça parte de sua existência, considerando a reinserção social como parte de um processo terapêutico que se preocupa, ainda, com a vida espiritual e a saúde física e emocional. Desta forma, projeta-se uma intervenção organizada e planejada, atuando na ressocialização e a reinserção social de pessoas em situação de rua que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, assistindo pessoas em situação de risco e vulnerabilidade social, com intervenções que vão além do serviço de proteção social básica ou de desintoxicação.

Cabe aqui realizar um aprofundamento a respeito da temática do Terceiro Setor, com o intuito de problematizar aspectos que perpassam a relação entre Estado e organizações privadas na Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Desse modo, delimita-se este campo de estudo aos prestadores de serviços no âmbito socioassistencial. Sem nenhuma intenção de direcionar as reflexões aqui propostas a nenhuma instituição em específico, apenas fomentar um debate, dialogando com autores que discorrem sobre o assunto. O Terceiro Setor se estabelece em um período histórico de contrarreforma do Estado, quando o capital passa a exigir do Estado, a redução da sua intervenção, em oposição à configuração do Welfare State, que tinha como premissa um Estado assistencialista e intervencionista, objetivando um reordenamento do capitalismo mundial em direção ao neoliberalismo. No Brasil, as investidas neoliberais das classes dominantes se iniciaram nos anos 90:

[...] desde o início da década de 1990, o Brasil passou a seguir o receituário neoliberal, promovendo a inserção da economia numa ordem globalizada, a privatização do Estado, a redução dos gastos sociais, desenvolvendo, em suma, políticas econômicas com impactos negativos sobre as condições estruturais da produção e do mercado de trabalho. A orientação da política econômica do país apontou, por um lado, para a contrarreforma do Estado, considerando o responsável pela crise econômica brasileira e, de outro, para a abertura financeira e comercial da economia, sob os pressupostos da soberania do mercado. (ALENCAR, 2009, p. 6)

Nesse período de implantação do neoliberalismo, várias deliberações ocorreram, objetivando maior lucro das grandes empresas, sem intervenção Estatal, com a promessa de estabilizar a economia e eximir o Estado de responsabilidades. É nesse movimento que o Terceiro Setor engendrou sua expansão, por meio da diminuição das responsabilidades sociais do Estado, deixando uma lacuna nas políticas sociais para que Organizações não-governamentais, entidades filantrópicas, organizações sem fins lucrativos e demais organismos se projetassem no Terceiro Setor. Dessa forma, a “sociedade civil” responderia às demandas colocadas pelas expressões da “questão social” através de práticas caritativas e filantrópicas, contexto este que caminha em oposição às conquistas resultantes das lutas da classe trabalhadora por seu reconhecimento pelo Estado. Nesse ponto:

Aponta-se a transferência dos serviços sociais para a sociedade civil, sob o discurso ideológico da “autonomia”, “solidariedade”, “parceria” e “democracia”, enquanto elementos que aglutinam sujeitos diferenciados. No entanto, vem se operando a despolitização das demandas sociais, ao mesmo tempo em que desresponsabiliza o Estado e responsabiliza os sujeitos sociais pelas respostas às suas necessidades. [...] Nesse contexto, observa-se um profundo deslocamento quanto aos direitos sociais agora transmutados em “direito moral”, sob os princípios abstratos da “ajuda mútua” e “solidariedade” (ALENCAR, 2009, p. 455-456).

Quando o Terceiro Setor, por meio dessas instituições, assume o papel de dar respostas às expressões da questão social, o Estado abre mão dessa responsabilidade e o direito do cidadão passa a ter uma visão voltada para o princípio da ajuda. Assim, a redução dos gastos com o social resulta em políticas sociais sucateadas, fragmentação dos serviços, precarização das condições de trabalho, diminuição dos postos de trabalho, fragilidade dos vínculos empregatícios, reforçando a flexibilização das relações contratuais, salários abaixo do mercado, jornadas de trabalho de tempo parcial e alta rotatividade de funcionários.

Quando se parte do princípio de que a Assistência Social possui um viés de ajuda, esse ideário neoliberal de despolitização das políticas sociais reforça a visão de que o cidadão recebe esse serviço como favor e não como direito garantido pela Constituição Federal, transformando a atribuição de responder às demandas da “questão social” em mercadoria, sendo essa a força de trabalho ou fruto desta, através do mediador destas vendas, o Estado. Possuindo como característica conforme Andrade (2010, p.14) o fato de: “serem não lucrativas advém do fato de

não explorarem a mais valia alheia como as empresas e nem recolherem impostos e taxas sobre a mais valia produzida pela sociedade como o Estado.” Ainda segundo o autor,

Muitas dessas instituições não lucrativas ao firmarem convênios, acordos e/ou parcerias com o Estado estão preocupadas exclusivamente com seu sustento, sua própria existência, não tendo a clareza, ou não querendo assumir, que seus serviços, quando financiados pelo Estado passam a ser serviços públicos, assim como os prestados por Hospitais privados da rede credenciada ao Sistema Único de Saúde. (ANDRADE, 2010, p. 15)

Tal realidade coloca em xeque a garantia da qualidade do serviço prestado ao cidadão, a garantia de direitos aos usuários dos serviços, o mercado de trabalho nesse espaço e demais apontamentos realizados no parágrafo anterior.

Entretanto, é de salientar que, ainda que prevaleça a incapacidade crônica do Estado no atendimento de necessidades sociais básicas, tais como alimentação, saúde, educação, emprego e renda, não cabe às organizações do Terceiro Setor [...], substituí-lo, nem é lícito esperar da filantropia, contribuição que substitua o erário público (MELLO, 2004, p. 37).

Mello (2004) fala da incapacidade crônica do Estado financiar o atendimento às necessidades sociais básicas da população, mesmo assim não vê a possibilidade do “Terceiro Setor” (neste espaço está inserida uma parte das instituições privadas de Serviços Socioassistenciais) substituir o Estado, tanto em ações, quanto em financiamento.

[...] ele (o Estado) é funcional ao Capital e por isso atua nas mediações da sociedade civil, buscando mantê-la coesa e dentro da ordem (e do “progresso”). O Estado trabalha no sentido do consenso, e como no Capitalismo quase tudo pode ser transformado em mercadoria, uma das formas utilizadas pelo estado para se aproximar das instituições é financiando-as, pois assim, ele terá muitas delas ao seu lado em variadas situações. (ANDRADE, 2010, p. 22)

Em suma e historicamente falando, percebe-se que a intervenção estatal máxima, caracterizada como Estado social, não supriu as demandas da sociedade civil, todavia, nota-se que a intervenção mínima do Estado liberal também não atendia às necessidades sociais. Dessa forma, o Estado se abriu para a participação ativa da sociedade civil, promovendo a colaboração entre a administração pública e o privado, considerando a redefinição do papel do Estado, resultante de múltiplas crises, como a crise fiscal (perda do crédito por parte do Estado), crise na forma de administrar o Estado (excesso de burocracia) e a perda da confiança na capacidade

do Estado em gerar o bem-estar social. Logo, o Terceiro Setor se tornou uma grande força econômica para geração de renda mediante a oferta de bens e serviços de utilidade pública, através da criação de institutos ou fundações, colaborando assim, com o desenvolvimento do Terceiro Setor.

Em pesquisas realizadas com relação a estratégias de subsistência utilizadas por pessoas em situação de rua, constatou-se que nos grandes centros urbanos, estas buscam locais que proporcionem melhores condições de proverem seu sustento, como albergues, praças, avenidas, jardins, entre outros, pontos estratégicos que favoreçam o atendimento das necessidades básicas como alimentação e higienização, dentre eles, banheiros públicos, postos de gasolina, refeitórios públicos, restaurantes, padarias, etc. Referente à sobrevivência na rua, Vieira, Bezerra e Rosa (2004), com base nos resultados do primeiro levantamento³ da população em situação de rua da cidade de São Paulo, realizado no centro da cidade, discorrem:

A população que se encontra na rua (...) usa de estratégias próprias de subsistência, sendo que a principal delas é recorrer às chamadas bocas de rango, locais de distribuição gratuita de comida, feita predominantemente em espaços públicos: praças, viadutos e parques. Concentram-se no centro da cidade, na maioria das vezes nos finais de semana, e são feitas por instituições filantrópicas de caráter assistencial (VIEIRA, BEZERRA & ROSA, 2004, p. 106).

Segundo os mesmos autores, além das Casas de Convivência conveniadas com a Prefeitura, que oferecem serviços de banho, barba e lavagem de roupas, muito procuradas pela população de rua, as demais alternativas são soluções improvisadas: bicas, chafarizes, represas ou postos de gasolina (VIEIRA, BEZERRA & ROSA, 2004). Dessa forma, fatores como infraestrutura, geopolítica e a grande circulação de capital, constituem este, um fenômeno urbano. Zonas rurais e municípios sem um grau de desenvolvimento significativo, não dispõem das mesmas condições de moradia e sustento da rua que os grandes centros.

³ O levantamento foi realizado, em 1991, pela Secretaria de Bem-Estar Social – SEBES, em parceria com organizações não governamentais e compreendeu a Região Administrativa da Sé, parte da Mooca e da Penha. Sobre o assunto ver VIEIRA, M. Antonieta da Costa; BEZERRA, Eneida Maria Ramos. ROSA, Cleisa Moreno Maffei (org.). *População de rua: quem é, como vive, como é vista*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

Outro aspecto relevante a ser mencionado é o estigma e o preconceito atribuído pela sociedade às pessoas em situação de rua, sendo comumente menosprezadas e discriminadas, designando-as como loucos, indesejáveis, pedintes, maltrapilhos, mendigos, bandidos, entre outros.⁴ Nesse caminho, Rosa (2005) aponta em depoimentos de quatorze pessoas em situação de rua sobre suas trajetórias de vida, o sofrimento expressado pelos entrevistados relacionado às discriminações sofridas:

Um problema frequentemente lembrado pelos entrevistados é a humilhação que sofrem quando confundidos com maloqueiro, mendigos, vagabundos, ou seja, com os que já se entregaram, desistiram de lutar e de trabalhar. Diante disso, a força dos preconceitos e estigmas, em relação à população de rua, atua como reforço dessa identidade negativa (ROSA, 2005, p. 122).

É notável a percepção da sociedade no geral de responsabilizar as pessoas por se encontrarem nessa condição, por consequência de suas próprias atitudes, sendo inclusive compreendidas como um perigo para os territórios que habitam. “Os moradores de rua são muito estigmatizados pelos cidadãos da cidade. Eles despertam medo, nojo e descaso” (BORIN, 2003). Em todo o Brasil, alguns episódios coordenados por órgãos do Poder Público de práticas higienistas para camuflar a existência desse segmento populacional como extermínios, massacres, recolhimento forçado dessas pessoas, continuam sendo uma realidade atualmente. Um exemplo de práticas dessa natureza foi o massacre de pessoas em situação de rua realizado entre os dias 19 e 22 de agosto de 2004, no centro da cidade de São Paulo, que resultou na morte de sete pessoas e nove gravemente feridas (FÓRUM CENTRO VIVO, 2006).

Tal fato consolidou o dia 19 de agosto, como o Dia Nacional de Luta da População em Situação de Rua, em memória ao acontecimento conhecido como “Massacre da Sé”. Na rua da Praça da Sé, região central da capital paulista, essas pessoas em situação de rua foram atacadas com golpes certos na cabeça enquanto dormiam, cinco policiais militares e um segurança particular tentavam se livrar das testemunhas dos seus envolvimento com o tráfico de drogas nas imediações. Dois acusados foram sentenciados pelo assassinato de apenas duas vítimas. Na época a promotoria teve dificuldade de levar o caso adiante, já que a única testemunha da

⁴ Sobre as diversas denominações utilizadas para designar as pessoas em situações de rua, consultar: ROSA, Cleisa Moreno Maffei. *Vidas de Rua*. São Paulo: Hucitec, 2005. e_____. *Vidas de Rua, destino de muitos*. Pesquisa Documental: reportagens jornalísticas publicadas sobre população de rua na cidade de São Paulo de 1970 a 1998. São Paulo: Instituto de Estudos Especiais da PUC-SP, 1999. CD-ROM.

chacina também foi assassinada dois dias depois. Apesar de o caso seguir impune, a população de rua e os movimentos sociais ainda lutam por justiça e pelo fim da violência cometida por agentes do Estado.

Figura 01: “Massacre da Sé” é exemplo de violência contra população de rua



Foto: Biló; Futura Press (2020)⁵

⁵ Disponível em:

<https://www.anf.org.br/16-anos-depois-massacre-exemplo-de-violencia-contra-populacao-de-rua/>

Figura 02: População de rua na Praça da Sé, no centro de São Paulo



Fonte: Porto, UOL (2022)⁶

Sem resposta aos assassinatos, a população de rua investiga o caso por conta própria, levando as denúncias para outros fóruns e organizações no Brasil e no mundo. Dia 19 de agosto já se tornou uma data tradicional de mobilização pró direitos da população vulnerável e de denúncias a violência do Estado. O movimento de população em situação de rua e movimentos de direitos humanos encoraja a luta e organização de vários grupos, protagonizados pelas populações vítimas do Estado, reunindo famílias e defensores dos Direitos Humanos pelo mundo inteiro. As famílias das vítimas do “Massacre da Sé” denunciam o descaso, cobram respostas e comemoram cada pequena conquista.

Outro ocorrido relatado durante atendimentos realizados por mim no Centro Pop em 2022, foi que agentes da segurança pública encapuzados realizavam abordagens noturnas nos bairros Jardim da Penha e Centro, recolhendo seus pertences como colchões, mochilas, papelões e documentos, agindo com intimidação, ameaças e agressões, orientando que se retirassem desses locais, caso contrário haveriam consequências. Na ocasião, busquei o assessor jurídico do serviço para que pudesse orientar as vítimas dessas ações sobre como proceder diante das repressões sofridas.

⁶ Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/opiniaio/coluna/2022/08/19/massacre-da-se-18-anos.htm>

Esses ataques trouxeram muita indignação às pessoas em situação de rua vítimas dessas ações, que destacaram a certeza da impunidade dos referidos agentes, por compreenderem que os referidos estavam cumprindo ordens dos seus superiores e tinham respaldo para executarem os atos quantas vezes fossem necessárias. Não pude apurar os fatos a fundo, pois não cabia a mim enquanto técnico de referência, foi possível apenas encaminhar os referidos para os serviços da alta complexidade, para acolhimento institucional, diante do temor de sofrerem novas retaliações.

Netto (2004) ressalta o pauperismo como fenômeno que se generaliza no início do capitalismo industrial, situando o fenômeno da pobreza como questão social, onde essa parcela da população não aceitou sua condição e protestaram de várias formas contra a desigualdade e o desemprego, entendendo-as como inerentes à sociedade moderna. Desta forma, é inerente às relações sociais tecidas na sociedade capitalista, a extrema-pobreza, a desigualdade e a exclusão. Fenômeno presente na sociedade brasileira desde a formação das primeiras cidades (CARVALHO, 2002). A existência de pessoas em situação de rua, traz na própria denominação “rua” a marca do estigma a que são submetidas, sua presença incomoda e desconcerta quem busca ver nas ruas a mesma tranquilidade asséptica de conjuntos habitacionais com circulação restrita de pessoas.

As pessoas vão para a rua porque a estrutura da nossa sociedade é desigual. E por vivermos em uma sociedade capitalista, a desigualdade é condição para que o capital possa se reproduzir e aumentar sempre o seu lucro. Como a riqueza da sociedade se acumula cada vez mais nas mãos de poucos e os recursos não são destinados para atender aos direitos básicos, como saúde e moradia, acaba se reforçando a divisão entre pobres e ricos (MNPR, 2010, p. 8).

Considerando o contexto, na maioria dos casos, torna-se inviável imputar às pessoas em situação de rua a responsabilidade ou culpa, considerando a existência desse fenômeno como consequência do processo de acumulação capitalista, resultado da teoria do valor-trabalho, onde as pessoas possuem como única mercadoria a força de trabalho. É fundamental trazer para o debate os sujeitos subalternizados por sua condição de realização, aqueles que, não interessando a sociedade, por não produzirem valor, tornam-se invisíveis, ou como disse Marx, na Obra *Glosas Críticas Marginais*, aqueles que são reduzidos a números, a caso de polícia, dos hospícios e dos “corações cristãos” ou da benesse e da filantropia.

Considera-se de suma importância mencionar dois processos integrantes da acumulação capitalista, sendo a concorrência e o crédito. A concorrência como operador que regula a entrada e saída do capital, objetiva a maior taxa de lucro. Para que isso seja possível, viabiliza-se a diminuição nos custos de produção por meio de aumento da jornada e intensidade do trabalho, reduções salariais e implementação da tecnologia. A dimensão da competição, teorizada por Karl Marx (1986), ilustra a concorrência como uma verdadeira guerra entre o capital, vendedores e trabalhadores, visando a melhor alocação dos recursos a fim de maximizar os lucros. O capital percebe a força de trabalho do trabalhador como um objeto/mercadoria como outra qualquer, obtida pelos menores valores possíveis, ou simplesmente descartada.

O processo de concorrência capitalista parte da relação da redução dos custos de produção, na inserção do progresso e inovação tecnológica. Mediante a redução dos custos, dirige-se a realocação do aporte de capital para firmas e indústrias com um maior potencial competitivo (MARX, 1986, p. 140).

Referente ao crédito, opera como um símbolo de valor através do capital fictício, o endividamento como uma forma concentração da riqueza, por outro lado, resultando no empobrecimento das grandes massas.

A última função do dinheiro é uma função dupla e antitética e que põe o dinheiro não mais como um meio, mas sim como um fim: de um lado ele é retirado da circulação para funcionar como tesouro e de outro ele entra na circulação depois que a mercadoria já saiu dela, pois funciona como meio de pagamento ensejando a função de crédito. Em suma, o dinheiro é o “poder social, assim como seu nexos com a sociedade, [o indivíduo] traz consigo no bolso”. (MARX, 2011, p. 157).

Dessa forma, a população em situação de rua é produto da evolução dos desdobramentos dos modos de produção da sociedade capitalista, caracteriza-se esta população a sua marginalidade dentro da sociedade, cuja força de trabalho se torna desprezível não sendo absorvida pelo mercado, restando o desemprego, a marginalidade, formas de trabalho subalternos, precários, que não lhe garante seguranças e direitos trabalhistas.

Quanto mais evolui as forças produtivas capitalistas o acesso ao mercado de trabalho se torna ainda mais distante, visto que tratando-se de um mercado de trabalho cada vez mais competitivo, onde é exigido um alto nível de capacitação e com oportunidades escassas, a pessoa em situação de rua que nem sempre tem condições de prover as necessidades básicas humanas, muitas vezes não está apto, por questões de saúde física, mental, de higiene, dentre outras, de se apresentar para uma entrevista de emprego, ou ser aproveitado para uma vaga, sem boa aparência, sem residência fixa.

A dificuldade de acesso ao emprego é um fato, muitas vezes relacionado ainda ao quantitativo de pessoas nessa condição, que apresentam transtornos mentais e/ou uso abusivo de substâncias psicoativas, dificultando a permanência mesmo em trabalhos informais. Estudos apontam que locais que realizam oferta de emprego discriminam essa população, elevando ainda mais o processo de desigualdade, pois “estão vivendo a experiência de um processo de desqualificação social que os expulsa do mundo do trabalho para a esfera da inatividade e da dependência. (PAUGAM, 1999, p. 42).

Para Soares (2002), a perda de direitos como educação, saúde, trabalho e salário que são básicos para a sociedade, converte os sujeitos a mercadorias reguladas pelo mercado, e conseqüentemente, o não-acesso a eles deixa de ser um problema do estado, tornando-se um problema a ser resolvido no âmbito do privado (SOARES, 2002). Marx (1993) corrobora ao identificar como população “mercadoria”, jovens sem qualificação profissional, mulheres e homens que perderam seus empregos e não conseguem inserção no mercado de trabalho e outros que nem tiveram oportunidade e se dão conta da inaptidão para se colocarem no modelo econômico vigente.

A presença de transtornos mentais, associados ou não ao uso prejudicial de substâncias como álcool, crack e outras drogas, bem como a mortalidade prematura são fatores que requerem ações intersetoriais, preferivelmente coordenadas pela atenção primária em saúde (WHO, 2005). As pessoas em situação de rua apresentam condições de vida diferenciadas da população em geral, o que pode levar muitas vezes ao despreparo dos profissionais. A dificuldade no acesso às necessidades básicas, como banho e alimentação todos os dias, faz com que essa população se encontre em condições de higiene prejudicadas, podendo sofrer preconceito e discriminação, tornando-se uma barreira para o acesso ao sistema de

saúde. Em alguns casos, a ausência de documentação civil também traz algumas implicações, como a dificuldade na reinserção no mercado de trabalho formal, o acesso aos serviços e programas governamentais e o exercício da cidadania.

Ao mesmo tempo em que as ações do poder público deixam visível a violência estrutural sobre a população em situação de rua, também conferem “invisibilidades” ao negarem o pertencimento deste grupo social na sociedade, sugerindo que são “incômodos” que devem ser invisibilizados e silenciados em seus direitos e reivindicações (SIEGEL, 2012).

A condição de invisibilidade é reforçada, ainda, pela falta de documentação necessária para acessar serviços e benefícios sociais que o Estado garante. A “indocumentação”, um problema muito comum entre os indivíduos que estão em situação de rua, impede, por exemplo, o cadastro em unidades de atenção básica ou a retirada de remédios de uso controlado, já que é preciso apresentar documento de identidade e comprovante de endereço para a confecção do Cartão SUS, embora o Artigo 19 da Portaria nº 940, que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde, dispense a comprovação de endereço domiciliar da população em situação de rua (BARROS, 2015).

Além do Poder Público investir pouco em ações de inclusão, de reconhecimento da população em situação de rua e em políticas públicas que promovam, efetivamente, a equidade desses sujeitos no acesso a oportunidades, observa-se, segundo Varanda e Adorno (2004), isto indica a incapacidade do poder público em lidar com as demandas da população em situação de rua, além de reforçar a punição ao indivíduo pela sua própria situação.

Referente aos direitos sociais e a pobreza, compartilha-se do entendimento de que a negação dos direitos de uma grande parcela da sociedade brasileira é a “[...] contraface da ausência de um espaço público de pertencimento em que seus interesses, razões e vontades possam ser elaborados e reconhecidos como demandas legítimas”. (TELLES, 1990). Assim, os direitos sociais, principalmente para os que pelejam diariamente para subsistir, transcendem o aparato regulamentador do Estado, exprimindo a estruturação da sua identidade e do seu espaço na sociedade.

A Organização Mundial de Saúde – OMS (2001) propõe que o cuidado em saúde priorize pessoas com níveis de autonomia e contratualidade reduzidos e esteja associado ao exercício de direitos humanos e de direitos de cidadania. Apresenta, também, a necessidade das políticas considerarem as demandas específicas de grupos vulneráveis, como as pessoas em situação de rua. É de suma importância repensar estratégias de acolhimento, considerando as particularidades da população em questão, para melhor atender suas demandas, além de capacitar as equipes para promover um atendimento humanizado, buscando sempre a qualidade no acolhimento e na atuação interdisciplinar. Portanto, essa pesquisa, é de grande relevância para a avaliação da política pública de saúde no município de Vitória-ES, objetivando a produção de conhecimento relacionado às fragilidades e potencialidades desse acesso, a fim de identificar se existem barreiras e quais fatores ajudariam na inclusão dessa população na rede de saúde.

A Política Nacional para a População em Situação de Rua caracteriza essa população como grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009). O termo população ou pessoa em situação de rua foi implementado compreendendo esse contexto como um processo, uma questão situacional, associado a cinesia, mutabilidade, propondo uma reflexão a fim de desabonar a perspectiva de condição permanente.

Lima (1962) retrata a situação da desigualdade como um fator relativo diretamente ligado a todos os aspectos de transformações no âmbito econômico de métodos adotados pelo capitalismo cujas consequências se refletem em inúmeras transformações no mercado de trabalho, crescimento elevado do desemprego e a precarização do trabalho. Tais elementos teriam responsabilização diante ao aparecimento e a expansão de uma demanda populacional de descartáveis. Diante do sistema econômico vigente, esse processo viabiliza uma naturalização desse fenômeno, visto que a acumulação de riquezas e sua má distribuição, trazem esse

resultado a nível coletivo, mas também individual, pois o sujeito manifesta um conformismo diante desse processo de desigualdade.

A exclusão moderna é um problema social porque abrange a todos: a uns porque os priva do básico para viver com dignidade, como cidadão; a outros porque lhes impõe o terror da incerteza quanto ao próprio destino e ao destino dos filhos e dos próximos. A verdadeira exclusão está na desumanização própria da sociedade contemporânea, que nos torna panfletários na mentalidade ou nos torna indiferentes em relação aos seus indícios visíveis no sorriso pálido dos que não têm um teto, não têm trabalho e, sobretudo, não têm esperança (MARTINS, 2002, p. 21).

Dessa forma, direitos sociais garantidos por lei como saúde, habitação, trabalho, lazer, segurança, previdência social e bem-estar são claramente violados quando evidenciamos a existência das pessoas em situação de rua, pois essas garantias são negadas em função do capitalismo, que demanda o fator da desigualdade como condição para que sua ideologia se perpetue.

[...] quem não está incluído não pode ser protagonista das virtualidades de transformação da sociedade, de realização daquilo que é historicamente possível. Por isso, justamente, o desempregado e os miseráveis, na teoria clássica, apareciam como um problema, um obstáculo ao processo de libertação do homem e de transformação social. São categorias que, por estarem excluídas do núcleo de criação da realidade social, não têm condições de interferir ativamente na dinâmica social (MARTINS, 2002, p. 32).

Para Martins (2002), essas categorias são insignificantes para o processo de acumulação capitalista baseada na exploração, por não serem pertencentes aos meios de produção, nem comporem um grupo ativo das transformações sociais.

Marx ainda complementa:

[...] essa camada social consiste em três categorias. Primeiro, os aptos para o trabalho. Basta apenas observar superficialmente a estatística do pauperismo inglês e se constata que sua massa se expande a cada crise e decresce a toda retomada dos negócios. Segundo, órfãos e crianças indigentes. Eles são candidatos ao exército industrial de reserva e, em tempos de grande prosperidade, como, por exemplo, em 1960, são rapidamente e maciçamente incorporados ao exército ativo de trabalhadores. Terceiro, degradados, maltrapilhos, incapacitados para o trabalho. (MARX, ENGELS, 1998, p. 273).

Na obra, “18 Brumário de Luís Bonaparte”, publicada em 1852, Marx descreve com maior precisão esse grupo social:

Roués [rufiões] decadentes com meios de subsistência duvidosos e de origem duvidosa, rebentos arruinados e aventurecos da burguesia eram ladeados por vagabundos, soldados exonerados, ex-presidiários, escravos fugidos das galeras, gatunos, trapaceiros, *lazzaroni* [lazaroni], batedores de carteira, prestidigitadores, jogadores, *maquereaux* [cafetões], donos de bordéis, carregadores, literatos, tocadores de realejo, trapeiros, amoladores de tesouras, funileiros, mendigos, em suma, toda essa massa indefinida, desestruturada e jogada de um lado para outro [...] (MARX, 2011, p. 91).

Nas passagens mencionadas, Marx os caracteriza como indivíduos marginalizados economicamente, socialmente e politicamente em meio ao sistema capitalista, bem como discriminados moralmente, sem dignidade, de ocupação indefinida e sem domicílio estável. Engels, em 1850, também caracteriza esse grupo como “pedintes que praticam a mendicância”, frutos de um contingente de desempregados, relacionando o conceito à população em situação de rua. Assim, ao trazer as características e perfil da PSR, afirma-se que esta, em uma dada parcela, é parte da classe trabalhadora, apta para esse fim, porém não inserida no mercado, onde sobrevive do trabalho informal.

Segundo Castel (1997), a população em situação de rua é considerada como “sobrante”, pois se encontram fora da estrutura econômica e social, tendo em vista que não participam ativamente na sociedade de consumo, tampouco do processo relativo ao trabalho e circulação de mercadorias. Isso os torna rejeitados pela sociedade. Santos (2009) expõe que a população em situação de rua é composta, em sua grande maioria, pelas camadas mais pobres da população onde, normalmente, as pessoas possuem baixa escolaridade e qualificação profissional, cujos vínculos empregatícios estabelecidos no contexto do trabalho já se encontravam fragilizados antes mesmo de se encontrarem na rua, o que é reafirmado na pesquisa com pessoas em situação de rua da Região Metropolitana da Grande Vitória (2018).

Outra variável que contribui para a sustentação e aumento desse número populacional é o preconceito direcionado a esses indivíduos, segundo Rodrigues (2015), os sujeitos desprovidos de família, emprego, residência e bens materiais são taxados pela sociedade de mendigos, indigentes, desocupados, vagabundos e uma série de outros estereótipos, dos quais a cidadania assume papel coadjuvante. Nesse contexto, o preconceito impede que os mesmos tenham oportunidades no mercado de trabalho e conquistem seu espaço na sociedade e uma melhor qualidade de vida.

Além da ruptura social devido a não participação na sociedade capitalista pela falta de vínculo empregatício formal, também se destaca a fragilização ou ruptura dos vínculos familiares. É importante frisar que a pessoa em situação de rua está entre os grupos mais vulneráveis, trazendo diversos fatores de risco: violências, preconceito, invisibilidade social, dificuldade de acesso às políticas públicas, insegurança alimentar e nutricional, pouca disponibilidade de água potável, privação de sono e a dificuldade de adesão a tratamentos de saúde.

2.1 POLÍTICA NACIONAL PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Existem diversas normativas acerca dos direitos individuais e sociais, a exemplo disso, na assistência social, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e a Política Nacional de Assistência Social abordam orientações voltadas aos serviços destinados à população em situação de rua. A atenção parte de concepções de serviços que “possibilitem a organização de um novo projeto de vida, buscando criar condições para adquirirem referências na sociedade brasileira, enquanto sujeitos de direitos” (PNAS, 2004, p.37).

Diante disso, alguns marcos podem ser mencionados para o reconhecimento desse segmento populacional, o Ministério de Desenvolvimento Social (MDS) realizou em Brasília, no ano de 2005, o 1º Encontro Nacional sobre a População em Situação de Rua, que contou com diversos representantes do Movimento Nacional do Povo de Rua (MNPR). Em 2006, criou-se o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), que contou com a presença de diversos ministérios de políticas relacionadas à essa população, objetivando a construção de propostas de políticas públicas direcionadas a esse público. Em 2009, foi realizado o 2º Encontro Nacional, onde se discutiu a Política Nacional a ser instituída. Em dezembro deste mesmo ano, instituiu-se a Política Nacional para a População em Situação de Rua – PNPR, por meio do Decreto nº 7.053, que assegura o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas, além de garantir os processos de participação e controle social e possui entre seus princípios, além da igualdade e equidade, o respeito à dignidade da pessoa humana; o direito à convivência familiar e comunitária; a valorização e respeito à vida e à cidadania; o atendimento humanizado, universalizado, o respeito às condições sociais e diferenças de origem,

raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência. A política foi elaborada após demandas históricas dos movimentos em prol do reconhecimento desta população, visando a defesa e promoção dos seus direitos.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Segundo Lopes e Amaral (2008), as Políticas Públicas são a totalidade de ações, metas e planos que os governos (nacionais, estaduais ou municipais) traçam para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público. É certo que as ações que os dirigentes públicos (os governantes ou os tomadores de decisões) selecionam (suas prioridades) aquelas que eles entendem serem as demandas ou expectativas da sociedade.

A Constituição Federal (BRASIL, 1988), em seu art. 196, reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado que deve assegurá-la por meio de políticas sociais e econômicas com objetivo de diminuir a possibilidade de exposição a patologias e outros danos à saúde, devendo ainda garantir o acesso universal e igualdade no que se referem as suas intervenções e atendimentos visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, determinando que todo cidadão tem direito a acessar os serviços de saúde independente de gênero, idade, classe, sem sofrer qualquer preconceito.

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituiu o Sistema Único de Saúde, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, onde regulamenta a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Após quase 35 anos da promulgação do SUS, ocorreram diversos avanços na efetivação do direito à saúde, no entanto, muitas dificuldades têm sido apresentadas com relação à garantia de seus princípios, principalmente ao se tratar da garantia de acesso aos serviços de saúde para as populações marginalizadas, como a população em situação de rua.

A Política Nacional da População em Situação de Rua, instituída em 2009, reforçou a necessidade das políticas públicas, garantirem o acesso aos serviços públicos, em especial à saúde. Em 2011, a partir da portaria 122, foram definidas as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua (CNR), que são vinculadas a Atenção Básica (AB), e que realizam atendimento à população em situação de rua (BRASIL, 2011). Insta citar que o cuidado a essa população ocorre anterior a essa portaria, porém é a partir da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) de 2011 que se institui a nível nacional que a atenção básica deve constituir equipes de atendimento específico, visando a garantia do atendimento integral desse público.

Nas últimas décadas, a população em situação de rua recebeu maior visibilidade e alcançou avanços significativos, como a Política Nacional para a População em Situação de Rua e do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, através do Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Referente a saúde, também ocorreram algumas conquistas, como a publicação do Plano Operativo de Saúde para a População em Situação de Rua e a implantação do Programa Consultório na Rua. É importante salientar alguns objetivos da Política, dentre eles: garantir acesso amplo, simplificado e seguro a serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, assistência social, trabalho e renda, capacitação permanente de profissionais para atuação no desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais, transversais e intergovernamentais direcionadas às pessoas em situação de rua e criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Sistema Único de Saúde (SUS) para qualificar a oferta de serviços.

A instituição do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua foi uma importante conquista para as pessoas nessa condição, já que constitui um espaço de diálogo entre seus representantes e os representantes de diversos setores do Estado. Ele tem entre as suas atribuições: Acompanhar e monitorar o desenvolvimento da Política Nacional para a População em Situação de Rua; Propor medidas que assegurem a articulação intersetorial das políticas públicas federais para o atendimento da População em Situação de Rua; Propor formas e mecanismos para

a divulgação da Política Nacional para a População em Situação de Rua; Acompanhar os estados, o Distrito Federal e os municípios na implementação da Política Nacional da População em Situação de Rua, em âmbito local; e elaborar planos de ação periódicos com o detalhamento das estratégias de implementação da Política Nacional para a População em Situação de Rua, especialmente quanto a metas, objetivos e responsabilidades. (BRASIL, 2014)

Ainda em 2009, foi constituído o Comitê Técnico de Saúde para essa população por meio da Portaria MS/GM (Ministério da Saúde Gabinete do Ministro) n° 3.305, de 24 de dezembro de 2009. Esse foi um passo importante para possibilitar avanços na área da Saúde para esse público. Esse Comitê é composto por representantes de algumas Secretarias do Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz e por representantes de Entidades da Sociedade Civil organizada. Desse modo, as conquistas na área da Saúde foram obtidas com a efetiva participação da sociedade civil. Outro passo importante foi a publicação do Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua por meio da Resolução n° 2, de 27 de fevereiro de 2013. Esta Resolução define as diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua (PSR) no âmbito do SUS.

Os objetivos gerais definidos no Plano são: garantir o acesso da PSR às ações e aos serviços de saúde; reduzir os riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho na rua e das condições de vida; e melhorar os indicadores de saúde e da qualidade de vida da PSR. (BRASIL, 2014) Às estratégias para promoção da saúde da PSR definidas no Plano estão divididas em cinco eixos:

Eixo 1: Inclusão da PSR no escopo das redes de atenção à saúde: implantação das equipes de Consultórios na Rua; a garantia de acesso à atenção domiciliar em espaços de acolhimento institucional; a capacitação das equipes da urgência e emergência para atendimento da PSR; e a inclusão da PSR no escopo das políticas de atenção à saúde para grupos específicos;

Eixo 2: Promoção e Vigilância em Saúde; Ações que concretizam esse eixo: intensificar a busca ativa e os tratamentos supervisionados para o controle de doenças infecciosas; controlar e reduzir a incidência de tuberculose, IST/aids e outros agravos recorrentes nessa População; e propor para pactuação na Comissão Intergestores Tripartite estratégias que garantam o acesso dessa população às vacinas disponíveis no SUS;

Eixo 3: Educação Permanente em Saúde na abordagem da Saúde da PSR Ações definidas: capacitação e sensibilização de profissionais de saúde para atendimento da PSR; inserção da temática PSR no Módulo de Educação à Distância para cursos de formação voltados para profissionais de saúde; fomentar pesquisas com foco na saúde da PSR; e elaboração de material que informe a PSR sobre o SUS e as redes de atenção à saúde;

Eixo 4: Fortalecimento da Participação e do Controle Social por meio das seguintes ações propostas: apoiar a formação e sensibilização de lideranças do Movimento Social da PSR; articular e fomentar com gestores estaduais e municipais a capacitação de conselheiros de saúde sobre a temática saúde da PSR, com participação do MNPR e entidades ligadas ao tema; produzir e publicar material sobre saúde da PSR destinado a gestores e a profissionais de saúde; apoiar encontros regionais sobre saúde da PSR; e instituir Comitê Técnico de Saúde da PSR ou referência técnica nas instâncias estaduais e municipais;

Eixo 5: Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a PSR: Esse eixo ocupa-se de monitorar e avaliar as ações que foram pactuadas, considerando as prioridades e metas dos Planos Estaduais e Municipais de Saúde. É com base nesse Plano Operativo que o Ministério da Saúde atua na promoção da atenção à saúde da PSR. Nesse sentido, podemos registrar avanços significativos, como a ampliação do Programa Consultório na Rua, que tem suas diretrizes de organização e funcionamento definidas pela Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, e pela Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012. Dados de março de 2014 apontam que 114 equipes de Consultório na/de Rua estão em funcionamento. É importante também observar que o atendimento à PSR não é exclusivo do Consultório na Rua; se necessário, o CNR fará os devidos encaminhamentos. Outra ação do Ministério

da Saúde é a realização de Oficinas de Sensibilização para Profissionais que atuam com a População de Rua. Essas Oficinas têm como objetivo cumprir a ação prevista no Eixo 3 do Plano Operativo, ou seja, capacitar e sensibilizar os profissionais para atendimento da PSR.

Além dessas iniciativas, o Ministério da Saúde também atua na articulação para instituição de Comitês Técnicos de Saúde da População em Situação de Rua nos estados e nos municípios; realiza Seminários com o objetivo de combater a tuberculose entre essa população; apoia a Capacitação de Lideranças do Movimento da População de Rua e a realização dos Congressos do Movimento Nacional da População de Rua (2012 e 2014); e participa do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para População em Situação de Rua. (BRASIL, 2014)

Na política de atenção à saúde, convivem diferentes marcos organizativos, dentre eles a estruturação em níveis de complexidade. Conforme a portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, em seu art. 2, a Atenção Primária em Saúde é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. O Consultório na Rua faz parte deste nível de atenção e tem três planos fundamentais de atuação: a rua; a sede/unidade de referência; e as redes institucionais (saúde e intersetoriais).

Por esses planos perpassam toda a gestão e a produção do cuidado, com suas atividades realizadas de maneira itinerante. A Atenção Secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência. Já a Atenção Terciária compreende o maior grau de especificidade e complexidade. Esse setor é composto por hospitais de grande porte

e possui elevada demanda tecnológica. Não é incomum, por exemplo, o uso de ferramentas tecnológicas, como prontuários eletrônicos e sistemas de agendamento. Diante disso, esse nível torna-se responsável por procedimentos mais invasivos, como as cirurgias, os transplantes e as diálises. Nesta etapa, o paciente, provavelmente, já passou pelos níveis primário e secundário, fato que pode indicar condições patológicas mais graves.

2.3 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Acesso é definido como a liberdade e a capacidade de obter alguma coisa, ou dela fazer uso. No campo da saúde, o acesso é concebido como o conjunto de circunstâncias, de diversas naturezas, que viabiliza a entrada de cada usuário, ou paciente, na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade, bem como em suas diversas modalidades de atendimento. Dito de outra forma, o acesso está relacionado com as dificuldades e as facilidades em obter tratamento desejado, estando, portanto, intrinsecamente ligado às características da oferta e da disponibilidade de recursos.

Nesse sentido, que está em pauta é a possibilidade de obter serviços necessários no momento e no local adequados, em quantidade suficiente e a um custo razoável. Ou seja, a garantia de acesso pressupõe a remoção de obstáculos físicos, financeiros e outros para a utilização dos serviços disponíveis (Vuori, 1991). Dessa forma, o acesso é caracterizado como parte integrante do sistema de saúde, no que se refere a possibilidade de entrada nos serviços e continuidade no recebimento de cuidados subsequentes.

2.4 SURGIMENTO, CONSOLIDAÇÃO DO SUS E SUA ABRANGÊNCIA PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

No início do século XX, a cidade do Rio de Janeiro, então capital do Brasil, apresentava um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam à população como a varíola, a malária, a febre amarela e a peste. Em 1903, Rodrigues Alves, presidente do Brasil, nomeou Oswaldo Cruz, como Diretor do Departamento de Saúde Pública, que se propôs a erradicar a epidemia de febre-amarela no Rio de Janeiro (POLIGNANO, 2001).

Oswaldo Cruz adotou o modelo das campanhas sanitárias, destinado a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais. Havia, nesta época, uma estrutura administrativa de saúde centralista, tecnoburocrática e corporativista. Uma estrutura ligada a um corpo médico geral proveniente da oligarquia de origem agrária que dominou a República Velha (LUZ, 1991). A crescente intervenção médica nos espaços urbanos foi recebida com desconfiança e medo pela população. A natureza autoritária das campanhas sanitárias gerou oposição de parte da população, políticos e líderes militares. Tal oposição levou à Revolta da Vacina, em 1904, episódio de resistência a uma campanha de vacinação obrigatória contra a varíola (POLIGNANO, 2001).

Em 1920, Carlos Chagas, então sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, ligado ao Ministério da Justiça, e introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação. Chagas criou órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas (POLIGNANO, 2001). No início do século XX o desenvolvimento de políticas sociais se constituiu em uma estratégia de incorporação de segmentos de classe média e dos trabalhadores urbanos ao projeto político de industrialização e modernização do país (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

Na Era Vargas as ações de saúde coletiva chegaram ao auge do sanitarismo campanhista. No período de 1938 a 1945 o Departamento Nacional de Saúde é reestruturado e dinamizado, articulando e centralizando as atividades sanitárias de todo o País. Em 1942 é criado o Serviço Especial de Saúde Pública - SESP, com atuação voltada para as áreas não cobertas pelos serviços tradicionais (CUNHA; CUNHA, 1998). Em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), pelo governo militar, unificando todas as instituições previdenciárias setoriais. A criação do INPS significou para a saúde previdenciária a consolidação da tendência à contratação de produtores privados de serviços de saúde, como estratégia dominante para a expansão da oferta de serviços (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

A criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1977, representou um projeto modernizante, racionalizador, de reformatação institucional de políticas públicas. O INAMPS pretendia articular as ações de saúde entre si e elas com o conjunto de políticas de proteção social (CARVALHO; BARBOSA, 2010). Entretanto essa tentativa foi um tanto quanto frustrada. Para Polignano (2001, p.17) o modelo de saúde previdenciário entra em crise pelos seguintes motivos,

priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias, e os indicadores de saúde (mortalidade infantil, por exemplo); Aumentos constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médica-hospitalar de complexidade crescente; Diminuição do crescimento econômico com a respectiva repercussão na arrecadação do sistema previdenciário reduzindo as suas receitas; Incapacidade do sistema em atender a uma população cada vez maior de marginalizados, que sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se viam excluídos do sistema; Desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte do governo federal; O não repasse pela União de recursos do tesouro nacional para o sistema previdenciário, visto ser esse tripartite (empregador, empregado, e união) (POLIGNANO, 2001, p. 17)

O INAMPS entra na década de 1980 vivendo o agravamento da crise financeira no país e tendo que equacioná-la, não simplesmente como gestor da assistência médica aos segurados, mas também como responsável pela assistência médica individual ao conjunto da população (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

A nova Constituição Federal de 1988 determina no artigo 196 que “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a 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”. A formatação final e regulamentação do SUS ocorreram mais tarde, em 1990, com a aprovação da Lei 8.080 e da Lei 8.142 (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

A Lei 8.080/90 define os papéis institucionais de cada esfera governamental no plano da gestão da saúde, a estrutura de financiamento e as regras de transferência de recursos entre os diferentes níveis de governo, por meio dos Fundos de Saúde (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

A Lei 8.142/90 dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, instituindo assim os Conselhos de Saúde e conferiu status público aos organismos de representação de governos estaduais e municipais (CARVALHO; BARBOSA, 2010). Um dos principais avanços da implementação do SUS, ao longo da década de 1990, se relaciona ao acelerado processo de descentralização político-administrativa, com progressiva transferência de responsabilidades e recursos do nível federal para os gestores estaduais e municipais (SOUZA, 2001).

O SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar (POLIGNANO, 2001). Desde o seu surgimento, o SUS vem sendo alvo de privilégio de interesses e projeções capitalistas, sendo o fato verificado por meio da implementação de projetos de cunho neoliberal pelos governos presidenciais dos anos de 1990 e 2000, que buscaram firmar parcerias com a iniciativa privada e fortalecer seus pressupostos que se expressam nos temas do ajuste estrutural e da redução do papel do Estado na oferta de bens e serviços de natureza social.

No caso do Brasil, observam-se algumas tendências que emergem a partir dessas reconfigurações, destacando-se as características peculiares da reforma do setor saúde com a implantação do SUS.

Na saúde, o principal paradoxo é que o Sistema Único de Saúde, fundado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade das ações, regionalização, hierarquização, descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado, vem sendo minado pela péssima qualidade dos serviços, pela falta de recursos e pela ampliação dos esquemas privados que sugam os recursos públicos (COHN, 1995).

A proposta de saúde pública e universal parece estar, na prática, sofrendo um processo de privatização passiva (DRAIBE, 1990).

Portanto, a privatização gera uma dualidade discriminatória entre os que podem e os que não podem pagar pelos serviços, no mesmo passo em que propicia um nicho lucrativo para o capital, em especial para segmentos do capital nacional que perderam espaços com a abertura comercial. Esse é o

caso da previdência complementar e da educação superior, no último período, considerando que a saúde vive essa dualidade há mais tempo, designada por alguns autores como universalização excludente, que quebra a uniformização e a gratuidade dos serviços (MENDES, 1994).

Com o avanço do neoliberalismo no Brasil, conforme entrevista concedida por George Alleyne, então diretor da OPS – Organização Panamericana de Saúde em 14 de dezembro de 1998, a proposta seria que o governo brasileiro, em meio à crise, abandonasse os atuais princípios constitucionais com relação à saúde e passasse a garantir apenas uma “cesta básica” de doenças e procedimentos, composta por vacinas, atenção primária e saneamento, além do fim da “gratuidade” dos serviços. Além disso, o fortalecimento dos mercados de planos e seguros.

Essa proposta neoliberal, longe de inovadora, repete aquilo que vem sendo defendido há mais de uma década pelo Banco Mundial – e por outras agências de cooperação internacional – propondo, explicitamente para o Brasil, o fim da saúde como direito, e de seu caráter público, universal e igualitário. Tal direito seria substituído por determinados procedimentos simplificados e de baixo custo, os demais destinados aos que pudessem pagar. Como válvula de escape, restariam os prontos-socorros e as Santas Casas, a exemplo dos velhos tempos em que havia pacientes de primeira, segunda e terceira classe.

Se a descentralização vem sendo desrespeitada, seja por meio da centralização no governo federal, seja pela adoção de uma “descentralização” que privatiza e/ou transfere responsabilidades para Estados e municípios, também o controle e a participação da sociedade nos Conselhos vêm sendo ameaçada (THEODORO, 2001 & THEODORO & BRITO, 2002, p. 13).

A referida proposta se coloca na contramão dos princípios constitucionais básicos do SUS, sendo estes, a Universalidade, através de uma política focalista, na perspectiva neoliberal de fragmentação e desresponsabilização do Estado pelo social; a Integralidade, ofertando uma “cesta básica” de saúde; contra a Igualdade, fortalecendo o favor e a porta do fundo de alguns hospitais, reforçando as desigualdades sociais e a não garantia de acesso e direitos dos cidadãos. Dessa forma, destaca-se a importância do SUS enquanto política social que vai de encontro aos processos ideológicos, políticos e econômicos de exclusão social.

Para dar conta de toda essa atenção descentralizada e regionalizada é preciso que haja um financiamento, e este, em conformidade com os Pactos, dá-se pela tripartite (União, Estados e Municípios). Conforme Melamed e Piola (2011), em fevereiro de 2006, mais uma vez, é firmado compromisso público dos setores do SUS, baseado nos princípios constitucionais que o norteiam, com ênfase nas necessidades de saúde da população, implicando a definição de prioridades através da Portaria nº 399 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) que seriam articuladas e integradas nos seus três componentes: Pacto pela vida; Pacto em defesa do SUS e Pacto de gestão do SUS.

O pacto pela vida – em defesa do SUS foi constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significava uma ação prioritária no campo da saúde que deveria ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados; definia as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: buscava critérios de alocação equitativa dos recursos; reforçava os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.

As bases de cálculo que formam cada Bloco de Custeio (Atenção Básica; da Atenção de Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; e Gestão do SUS) e os montantes financeiros destinados para os Estados, Município e Distrito Federal são compostos por memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento. Desta forma, estados e municípios têm maior autonomia para alocação dos recursos de acordo com as metas e prioridades estabelecidas nos planos de saúde (CONASS, 2006). O Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado de um longo processo de construção política e institucional, iniciado com a Reforma Sanitária, com o objetivo de transformar as condições de vida e de atenção à saúde dos brasileiros.

No mesmo ano em que foi publicado o Decreto que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua, foi constituído também o Comitê Técnico de Saúde para essa população por meio da Portaria MS/GM nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009. Esse foi um passo importante para possibilitar avanços na área da Saúde para esse público. Esse Comitê é composto por representantes de algumas Secretarias do Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz e por representantes de Entidades da Sociedade Civil organizada. Desse modo, as conquistas na área da Saúde foram obtidas com a efetiva participação da sociedade civil. (BRASIL, 2014)

Outro passo importante foi a publicação do Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua por meio da Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013. Esta Resolução define as diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua (PSR) no âmbito do SUS. Os objetivos gerais definidos no Plano são: garantir o acesso da PSR às ações e aos serviços de saúde; reduzir os riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho na rua e das condições de vida; e melhorar os indicadores de saúde e da qualidade de vida da PSR. (BRASIL, 2014)

Conforme descrito na dissertação de mestrado de Silva (2013), a autora aponta que as ações prestadas pelos serviços de saúde devem estimular os cuidados à saúde, buscando promover o acolhimento dos usuários, visando assim à ruptura das formas tradicionais de relação profissional/paciente, estabelecidas historicamente (SILVA, 2013, p. 37). Um exemplo dessa experiência ocorreu em Belo Horizonte e foi descrito por Reis Junior (2011), na implantação das equipes de Saúde da Família voltadas para o atendimento da população em situação de rua, ocorridos no Centro de Saúde Carlos Chagas, com início em 1996, oferecendo intervenções na área de saúde mental. Ainda segundo o referido autor, no ano de 2002, ocorre

a inserção de equipes de Saúde da Família no serviço de saúde, implanta-se uma equipe de Saúde da Família para população em situação de rua - eSF-PSR, sem território de abrangência fixo, que passa a ser o equipamento de saúde de referência para essa população e assume a vocação de matriciar as demais equipes de Saúde da Família do município na sensibilização do cuidado à PSR eventualmente presente nos territórios dessas equipes, de forma transversal (REIS JÚNIOR, 2011, p. 38).

Nesse contexto, era presente a limitação de recursos comunitários e dificuldades de acesso aos serviços de saúde, que desprovida de preparo e capacitação para o atendimento desse público.

[...] não sei se isso melhorou depois, mas, no início (em 2000), a gente não conseguia integração com a rede de saúde. Não sei o que é preciso para que isso se efetive, talvez uma decisão vertical das instâncias superiores, de poder dizer: não, tem que haver o vínculo e a atenção básica ter de se tornar receptiva [...] (MÉDICO, 2008).

Algumas dificuldades na adaptação do atendimento a esse público eram presentes, como tempo de espera, formas de atendimento e critérios de marcação de horário, além do desprezo dos profissionais envolvidos no atendimento dos usuários que eram encaminhados, salientando ainda mais a repulsa a esse segmento populacional. Como motivos apontados para esse descompromisso profissional, observa-se o receio relacionado à possibilidade de comportamentos agressivos e a falta de escuta acolhedora.

Na Cidade de São Paulo também houve uma experiência de atenção primária com o projeto “A gente da Rua”, descrito por Carneiro Junior (2011), com início em 2004 e a equipe sendo composta por Agentes Comunitários de Saúde que haviam superado a situação de rua. Em 2008, formaram-se equipes de saúde da família vinculadas às unidades básicas de saúde que realizavam intervenções in loco nos territórios de abrangência.

Já em 2010 no Rio de Janeiro, ocorreu a primeira experiência de uma equipe destinada exclusivamente ao atendimento das pessoas em situação de rua, com ações adaptadas ao público, incorporando profissionais presentes na Estratégia de Saúde da Família e profissionais da área de Saúde Mental, sendo conhecidos como PSF de Rua, onde sua proposta, segundo entrevista realizada pela Revista Saber Viver Profissional de Saúde, possibilita o reconhecimento dessa população como usuária do SUS, e pretende conhecer melhor o processo de saúde e doença, e se organizar para atender esse público extremamente vulnerável. (SABER VIVER PROFISSIONAL, 2010). É válido ressaltar que nas cidades supracitadas, instituições e pessoas em situação de rua tinham representatividade organizada para lutar pelos direitos dessa população, em especial pelo acesso aos serviços de saúde.

No Rio de Janeiro, o Fórum Estadual Permanente da População adulta em situação de rua e em São Paulo, o Movimento Nacional de População de Rua de São Paulo. Essas iniciativas são reforçadas por Teixeira (2002) que refere a importância da busca de alternativas que possam contribuir para o alcance e a aproximação dos objetivos de universalidade, integralidade e equidade, bem como da investigação e reflexão crítica do processo e dos resultados da implementação de inovações gerenciais, organizativas e operacionais em saúde cujas atividades extrapolam os muros das unidades de saúde, articulando ações educativas de promoção da saúde com ações de prevenção de riscos e agravos. Desse modo, ações básicas de atenção à saúde de grupos prioritários dirigidas aos segmentos da população excluídos do acesso aos serviços, vêm se apresentando, como uma das estratégias de reorganização da atenção primária da saúde (TEIXEIRA, 2002).

Neste sentido, uma das estratégias encontradas no país para responder ao princípio de universalidade e equidade do SUS, pode ser representada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2011) que estabelece a implantação de equipes para populações específicas que requerem do sistema de saúde, uma reorientação das suas práticas para terem acesso à saúde. Dentre elas, as equipes de atenção básica voltada exclusivamente para o cuidado à população em situação de rua, denominada Equipe de Consultório na Rua (CNR). A população em situação de rua representa um segmento populacional marcado por inúmeras vulnerabilidades sociais, sendo considerada por alguns autores como um “fenômeno” dos grandes centros urbanos, intimamente relacionado aos modos de produção e organização da sociedade capitalista, que exacerbam e reproduzem os processos de exclusão e desigualdades econômicas e sociais (SILVA, 2009).

Desse modo, as equipes do CnR são equipes da atenção básica que integram a rede de atenção psicossocial atuando in loco, de maneira itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território, e quando necessário, aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de urgência e emergência, e de outros pontos de atenção, de acordo com as necessidades dos usuários (BRASIL, 2012).

Assim, encerro esse capítulo, discorrendo acerca da caracterização da população em situação de rua, sua correlação com o trabalho e o modo de produção capitalista, as nuances que permeiam a olhar da sociedade para esse segmento populacional e o percurso histórico dos avanços das políticas públicas direcionadas ao referido objeto. O próximo capítulo propõe a regionalização do olhar para a Região Metropolitana da Grande Vitória, realizando um contexto histórico desta população no Espírito Santo.

3 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO ESPÍRITO SANTO

3.1 GÊNESE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA CAPIXABA

Desde os períodos colonial e imperial, segundo Goularte (2014), a pobreza é um problema crônico no Espírito Santo, por isso temida pela elite capixaba, que temiam também, uma revolta dos pobres livres, das pessoas em situação de escravidão e do grande contingente indígena. Na região que compreende a Grande Vitória, especialmente na capital, a ação do poder público para com essa população, quando acontecia, não era em seu benefício, tinha finalidade higienista ou repressiva, assim como se dava nas demais grandes cidades e capitais das províncias do Brasil.

A superação da pobreza crônica tem início na década de 1950, período que ainda não havia população em situação de rua em Vitória, excetuando algumas pessoas que, conforme Piva (2005), perambulavam durante o dia em busca de remédios ou em busca do que comer, e à noite retornavam para casa nas periferias e morros da cidade. As demais eram levadas para os manicômios, de acordo com Perini (2003) os critérios utilizados como justificativa para as internações compulsórias de mulheres e homens pobres, segundo a autora, não estavam pautados em critérios prévios, com base na saúde e bem-estar dos internos: “As justificativas poderiam estar estreitamente ligadas à vontade dos governantes, de médicos, de juízes e de engenheiros sanitaristas em livrar a cidade dos tipos considerados degenerados” (PERINI, 2003, p. 24).

A mesma autora aponta como causa para internação, problemas como alcoolismo, desemprego, mendicância e homossexualidade, entre outros. O hospício do início do século XX seria, conforme afirma Perini (2003, p. 24), “além de instituição asilar terapêutica para pessoas com perturbações mentais, também local para punir quem ignorasse os comportamentos desejados pela burguesia industrial, pelo Estado republicano ou pela medicina”.

De acordo com Ferreira (2022), fatores como a abundância de terras de pouco ou nenhum interesse para fins residenciais e comerciais por partes das elites nos morros e periferias da cidade fizeram desses espaços locais para a fração mais expropriada da classe trabalhadora, que vivia de serviços de pouco rendimento: engraxates, catadores de materiais recicláveis ou de papéis – como se referiam a eles na época; vendedores de picolés, trabalhadoras em serviços domésticos e biscateiros. Essas pessoas, conforme Perini (2003), passavam o dia na rua, e ao anoitecer, retornavam para casa na periferia e morros de Vitória, na época sem infraestrutura: escadarias, água encanada, energia elétrica.

Os anos 1950, segundo Ferreira (2003), representaram um marco para a cidade de Vitória. Além do crescimento econômico, em virtude da instalação de empresas de grande, médio e pequeno porte, a cidade cresceu fisicamente com inúmeros aterros. Com isso o mercado imobiliário que, conforme Campos Jr. (1996), despertou na década de 1920, inflacionou os preços, tanto pela demanda quanto pelas reservas de mercado. (CAMPOS JR., 1996).

A crise cafeeira de meados dessa década (1950) acarretou a migração de um grande contingente de pessoas para a capital e proporcionou um grande déficit habitacional na cidade, sobretudo para aqueles migrantes que nada possuíam além da força de trabalho e da prole. Sem condições de adquirir lotes, mesmo em loteamentos populares, essas pessoas passaram a ocupar áreas de morro em Vitória. (FERREIRA, 2003). A grande oferta de mão de obra não qualificada oriunda do êxodo rural gerou um excedente de trabalhadores.

No cenário capixaba, as sucessivas transformações introduzidas a partir dos anos 1960 (processo massivo de industrialização, migração e êxodo rural), fizeram emergir ao longo das décadas seguintes na capital e em seu entorno, uma região densamente povoada. Entretanto, esse crescimento não foi acompanhado por investimentos na infraestrutura dessas cidades, tão necessária aos cidadãos. São as desigualdades políticas, sociais e econômicas, em diferentes níveis e, em especial, as que se encontram no interior de cada estado, que efetivamente acarretam consequências que impactam diretamente no cenário atual das cidades. Nas palavras de Singer “a criação de desigualdades regionais pode ser encarada como o motor principal das migrações internas que acompanham a industrialização capitalista” (SINGER, 1998, p. 36).

Os integrantes da classe trabalhadora, os quais Castel (1998) denominam supranumerários, tiveram que recorrer à mendicância, à informalidade e, em alguns casos, à criminalidade para sobreviver. De acordo com Ferreira (2022), os homens mais jovens se ocuparam especialmente na indústria da construção civil, enquanto as mulheres exerceram a ocupação de domésticas (cozinheiras, arrumadeiras, lavadeiras, passadeiras e babás). Algumas passaram a trabalhar no comércio e muitas continuaram sendo aliciadas para a prostituição nas inúmeras “pensões” da cidade. Um contingente de pessoas, por problemas de saúde, deficiência física ou visual, idade avançada e incapacidade de conseguir trabalho, perambulava pelas ruas, quando não eram presas por vadiagem ou levadas compulsoriamente ao manicômio, já lotado. Outros tantos pediam esmolas em frente às igrejas, nas praças e nas portas dos cinemas.

De acordo com Rocha (1986), o preço do café, principal produto da arrecadação econômica do Espírito Santo, desabou no mercado internacional. A saca, que custava em 1954, U\$86,83, chegou a 1960 custando U\$38,27. Tanto o governo federal quanto o estadual, dependentes do café, tudo fizeram para recuperar o preço do produto, desde compradas safras e queima do produto até o extremo, a erradicação dos cafezais. Ainda assim, registou-se entre 1951 e 1961 uma redução de 52% no preço do produto, tal queda foi atribuída ao excesso de produção do estado e em todo o País.

A cafeicultura em 1960 absorvia, conforme Rocha (1986), 80% da força de trabalho agrícola do estado, entre a segunda metade dos anos 1960, quando se inicia a erradicação, e o início dos anos 1970, quando ela finda, 71% da área plantada no Espírito Santo havia sido extinta. Entre 1962 e 1967, conforme Rocha e Morandi (1991), foram erradicados 53,8% dos cafeeiros do Espírito Santo, 22% do montante erradicado no Brasil. Cerca de 234,8 milhões de cafeeiros, conforme o IBC (1966, p. 8), resultando na supressão de 60 mil empregos e na migração de 200 mil pessoas, das quais 80 mil deixaram o estado e 120 mil foram para a região da Grande Vitória (OLIVEIRA, 2017).

Segundo Ferreira (2003), a erradicação dos cafezais, cuja primeira fase teve início em 1964, atraiu milhares de pessoas à Grande Vitória, onde as plantas dos grandes projetos industriais de desenvolvimento estavam em construção. Cerca de dez morros foram concomitantemente ocupados e o aumento súbito da população levou a cidade ao desabastecimento, feito por mercearias do mercado de Vila Rubim. Esse centro comercial que abastecia a cidade e a região não estava preparado para atender um contingente daquela dimensão. De acordo com os apontamentos de Ferreira (2022), como na década anterior, a maioria dos homens migrantes se ocuparam na indústria da construção civil que estava em alta e não só absorvia em massa, mas também promovia grande rotatividade com enormes percentuais de acidentes e as mulheres, na função de domésticas nas casas da classe média, as crianças ocuparam as ruas vendendo balas, pipocas, picolés, jornais ou exercendo funções de lavadores de carros e engraxates.

Nesse contexto, verifica-se um aumento no número de pessoas em situação de rua, especialmente composta por crianças e adolescentes, diante disso, Cristiano Dias Lopes, governador eleito em 1966, em atitude higienista, criou, em julho de 1967, em consonância com a política nacional, a Fundação Nacional Espírito-Santense do Bem-Estar do Menor (Febem), para onde as crianças e adolescentes em situação de rua eram levadas compulsoriamente. Criou também São Sebastião, uma verdadeira “cidade da prostituição” ou “território dos prazeres”, conforme Morgante e Silveira (2017) esse território também era conhecido como Carapeba.

A segunda metade dos anos 1970 marcou a conclusão das ocupações dos morros da capital e no início da década seguinte começou a ocupação de áreas de mangues na cidade, em função da voracidade com que se deu, em pouquíssimo tempo entrou em exaustão. O processo migratório de trabalhadores despossuídos para a capital continuou, no entanto, o contingente empenhado na conquista por moradia foi redirecionado para os demais municípios da região metropolitana. A conclusão dos grandes projetos, somada aos efeitos da política neoliberal que passou a vigorar no País no início da década de 1980, levou ao desemprego em massa na indústria da construção civil, setor que absorvia grande parte dos trabalhadores com baixa escolarização.

O início dos anos 1980 marcou o aumento de pessoas vivendo nas ruas e consequentemente o surgimento da população adulta em situação de rua na cidade de Vitória-ES e coincidiu com a conclusão das plantas dos grandes projetos. Ferreira (2022) salienta que as poucas pessoas que viviam em situação de rua em Vitória antes da década de 1980 eram conhecidas pelos nomes ou codinomes, como Pechincha, homem branco de olhos verdes, que vivia nas ruas do centro da cidade; o Carne-de-Sol, mulato da periferia que vivia nas imediações do Romão, Forte São João e Jucutuquara. Para Marins (2013), parte da população adulta em situação de rua que ocupou as ruas e praças do centro da capital do estado em meados dos anos oitenta era uma fração dos cerca de 25 mil operários, migrantes do interior do Espírito Santo e de outros estados que trabalharam nos canteiros de obras da Companhia Siderúrgica de Tubarão (CST) de 1978 a 1983.

A afirmativa de Marins (2013) encontra eco na fome e na miséria que campeavam nos morros e periferias da capital e dos municípios da Região da Grande Vitória no início de 1984, época em que milhares de mulheres e homens, operários da construção civil, na maioria, encontravam-se desempregados. As crianças, para terem o que comer, pediam nas ruas, enquanto os pais desesperançados perambulavam o dia inteiro em busca de emprego, sem lograr êxito. Outros tantos usavam de todo e qualquer expediente para obter o que comer para si e para os seus. Em 6 de junho daquele ano (1984), grupos de militantes das Comunidades Eclesiais de Base – CEBs de diversos bairros da capital e de municípios da RMGV se reuniram na Vila Rubim para participar de uma passeata denunciando a situação de miséria e fome pela qual passavam e exigir providências das autoridades.

A “Marcha dos Famintos”, como Andreatta (1987) se refere à passeata que contou com a participação de duas mil pessoas, precisou de intervenção de advogados da Comissão de Justiça e de outras lideranças da Igreja Católica para sua concretização. Acompanhada de perto pela polícia, “a Marcha dos Famintos” fez o percurso da Vila Rubim ao Palácio Anchieta, onde uma comissão dos integrantes foi recebida pelo governo e seus representantes. Em certo momento da reunião, o governo endureceu nas negociações e informou que só falaria com o bispo. Assim, os agentes de pastorais e das CEBs acamparam na praça da Catedral, onde cerca de duas mil pessoas, entre mulheres, homens e crianças, conforme Andreatta (1987,

p. 120), tomavam café, almoçavam e jantavam todos os dias e cerca de quinhentas dormiam em barracas de lona, construídas no acampamento, chegando algumas famílias a dormir dentro da Catedral. No décimo quinto dia, conforme Andreatta (1987), o governo do estado ofertou 700 (setecentas) vagas de emprego, 200 para mulheres e 500 para homens. Em contrapartida, impuseram a condição de que acabassem com o acampamento.

O grupo decidiu, em 21 de junho daquele ano, em conjunto com os demais participantes, levantar acampamento, o que ocorreu dois dias depois. O aumento da miséria e conseqüentemente da população em situação de rua em Vitória coincide com a adoção do neoliberalismo no País e com as privatizações de grandes empresas no Espírito Santo, que extinguíram inúmeras empresas satélites (médias, pequenas e micros), empregadoras de grande percentual de mão de obra de pouca instrução escolar e qualificação profissional. Assim como aponta a análise de Silva (2006), as retrações de empregos nesses setores contribuíram para o aumento do contingente de pessoas em situação de rua.

Segundo Silva (2010), nos anos 1970, cerca de 26% da população do estado concentrava-se na RMGV, enquanto, em 2007, este percentual subiu para cerca de 48%. De acordo com o IBGE, a partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD Contínua), estima-se que, em 2017, a RMGV concentrava cerca de 48,8% da população do Espírito Santo. Ou seja, o território metropolitano concentra quase metade da população capixaba. A discussão e a compreensão sobre a complexidade que envolve esta temática urbana e da população em situação de rua nas cidades é essencial, já que envolve processos multicausais que se encontram interligados diretamente às esferas política, social e econômica. As cidades passam por contínuos processos de transformação, com isso, novos empreendimentos e desafios estão sempre a surgir. Entre esses desafios está a inserção ou reinserção da população em situação de rua no mercado de trabalho formal, assim como o desafio de lidar sob a ótica metropolitana com a PSR.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE RUA DA GRANDE VITÓRIA

De acordo com as informações levantadas pela Pesquisa sobre a População em Situação de Rua na Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), realizada pelo Instituto Jones Santos Neves (IJSN) em 2018, observa-se que na ocasião, o contingente total de pessoas em situação de rua seria de aproximadamente 1548 indivíduos, sendo que deste universo, 90,9% é constituído por pessoas que dormem todos os dias da semana nas ruas, abrigos/albergues.

Na pesquisa em questão, foram entrevistados ao todo 385 pessoas, onde esse total é constituído por um quantitativo expressivo de migrantes de outros estados 43,1% (166); 37,1% (143) nasceram na Região Metropolitana da Grande Vitória; 11,7% (45) nasceram em outros municípios do ES, que não pertencem à RMGV, e 0,8% (3) são estrangeiros, ou seja, não nasceram no Brasil. A maioria é do sexo masculino (81,6%); com predominância de negros (77,6% – soma de pardos e pretos). Em relação ao sexo, a pesquisa identificou que 79,2% (305) dos entrevistados identificam-se como homens, 17,7% (68) como mulheres.

Diante dessa informação, faz-se necessário reconhecer que certas especificidades da mulher podem potencializar a vulnerabilidades dessas, conforme relatado no documento que apresenta os resultados da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009):

[...] A vida na rua apresenta desafios muito intensos para a vida de uma mulher, em função de suas especificidades em relação aos homens. As obriga a lidar com uma realidade profundamente masculinizada e cheia de preconceitos, situação esta que se impõe de forma muito mais brutal do que nos casos de violência e preconceitos vivenciados cotidianamente por parte de mulheres que não estejam em situação de rua. Isto porque são consideradas frágeis e, portanto, “menos adaptadas” a esta situação extrema, o que faz com que sejam percebidas como “vítimas fáceis”. Além destas dificuldades, a vida nas ruas para essas mulheres exige também que lidem, cotidianamente, com uma diversidade de fatores e situações que envolvem diariamente a relação com o corpo, a sexualidade e, algumas vezes, o cuidado dos filhos [...]. Estas situações, por sua vez, implicam na necessidade de criarem estratégias específicas de sobrevivência, conforme se observa em outras pesquisas, optando muitas vezes por se “travestirem” a fim de evitarem – ao menos reduzirem as chances – as violências, especificamente as sexuais. Envolve ainda a necessidade de lidar (e porque não, reinventar) com o estereótipo criado com base em uma imagem “feminina ideal” – da “mulher-mãe”, a “mulher-cuidadora” – estereótipo presente tanto no senso comum quanto nas próprias políticas públicas

(especialmente da Assistência Social) que valorizam o papel da mulher dentro da família. (BRASIL, 2009, p. 157-158)

Tal fato possibilita uma série de interpretações, das quais não pretendo explorar todas nesse momento, mas para fins de reflexão acerca dos dados, propõe-se a pensar o fato de que historicamente a mulher foi designada ao papel de cuidados, com o lar, com a família, filhos, já os homens, geralmente não recebem tais atribuições dos seus responsáveis. Considerando esses papéis sociais, é possível realizar uma relação dessa construção com os quantitativos expressos na pesquisa, onde o homem compõe a maioria.

Referente à identidade de gênero, a pesquisa contou com a participação de 5 (cinco) pessoas que se identificaram como pessoas trans, sendo 2 (dois) como homem trans e 1 (uma) como mulher trans. Apesar do baixo quantitativo, é possível problematizar a temática, levando em consideração a vulnerabilidade a qual esse segmento se expõe, no que tange ao preconceito, estigmas, desrespeito, inclusive nos serviços que ofertam as políticas públicas.

A predominância de negros dentro da PSR também é muito expressiva, fato que vai ao encontro dos resultados de pesquisas realizadas em outros estados como Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre. Cabe mencionar a pesquisa em nível nacional que englobou 71 municípios brasileiros, realizada pelo Governo Federal, em 2007/2008⁷, através do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/MDS, que na época estimou que o Brasil possuía cerca de 31.922 pessoas adultas em situação de rua e que dentre o público entrevistado 39,1% declararam-se pardos e 27,9% pretos (soma de pretos e pardos em situação de rua 67%) (BRASIL, 2009).

Considerando a lacuna de 10 anos entre a pesquisa realizada pelo Governo Federal em 2007/2008, a pesquisa realizada pelo IJSN apresenta dados semelhantes e ainda mais expressivos em termos da concentração de negros dentro da PSR: 77,6% dos entrevistados da região metropolitana da grande Vitória são negros. Esse

⁷ A referida pesquisa intitula-se Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de rua, realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), que concretizou o I Censo a nível nacional sobre esse segmento populacional, ocorrida entre agosto de 2007 e março de 2008.

dado sinaliza a dívida que estado brasileiro tem com população negra, assim como a importância das políticas afirmativas para negros no país.

Quanto às faixas etárias da PSR, a pesquisa indicou que 37,4% (144) dos entrevistados têm entre 30 e 39 anos; 20,8% (80) possuem entre 40 e 49 anos; 14,3% (55) são jovens, visto que têm entre 18 e 29 anos. Ou seja, a maioria está em idade ativa e potencialmente pode compor a força de trabalho ou a população economicamente ativa. Contudo, a pesquisa apontou ainda um baixo nível de escolaridade e uma precária qualificação profissional, como características que compõem parte do perfil desta população na RMGV.

Considerando o alto nível de exigência e concorrência no mercado de trabalho, o fato da pessoa estar em situação de rua, normalmente prejudica sua possibilidade de chance de ingresso no mercado de trabalho formal, por conta de alguns aspectos como apresentação pessoal, vestimenta adequada e condições de saúde mental e física adequadas para o trabalho. Além disso, quando se encontram institucionalizados, necessitam de ter sua rotina e horários de entrada e saída do albergue compatíveis com as da empresa para não ocasionar atrasos ou faltas, resultando em possível demissão.

Referente à educação, a maioria dos entrevistados acessou o ensino fundamental, sendo que 33,2% (111) não chegaram a concluir esta etapa de ensino, enquanto 32,3% (108) afirmaram possuir o ensino fundamental completo. Cerca de 10,2% (34) dos sujeitos acessaram o ensino médio, no entanto, não chegaram a concluir a última etapa de ensino, por outro lado, 16,2% (54) têm o ensino médio. Essas informações mostram que, no geral, os sujeitos possuem baixa escolaridade. A pesquisa sobre a população em situação de rua da RMGV sinaliza ainda que 79,5% (306) dos entrevistados possuem alguma profissão, isto é, a maioria dos sujeitos que participaram do estudo.

No que diz respeito às profissões, as principais respostas foram categorizadas da seguinte forma: 19,2% (77) indicam profissionais da construção civil; 9,5% (38) pintor de obras e automotivo; 8,0% (32) auxiliar de serviços gerais; 6,0% (24) profissionais de manutenção e mecânica automotiva; 4,0% (16) eletricista; 3,7% (15)

cozinheiro/auxiliar de cozinha, dentre outras (17%). Ao contrário do que é comumente difundido, pelos meios de comunicação, sobretudo, e da representação social predominante, os dados informam que a população em situação de rua da RMGV, majoritariamente, possui uma profissão. Cabe destacar também a diversidade de profissões que os sujeitos possuem.

A pesquisa também revela outro ponto importante que compõe uma característica da PSR e expressa a dificuldade em que opera a vida dessas pessoas, referente à falta ou inexistência da documentação, sendo essa uma das exigências do mercado de trabalho e uma demanda constante nos serviços socioassistenciais. O que a realidade da PSR mostra, todavia, é que a falta de documentação ocorre devido à perda, roubo ou condições climáticas e de cuidados que levam a degradação dos documentos. O público entrevistado na RMGV relatou guardar consigo a documentação ou deixar em posse de alguém de confiança. A resposta para a pergunta se tem ou teve os seguintes documentos, entre os 5 (cinco) principais que são geralmente solicitados, foi a seguinte: Certidão de nascimento/casamento 56,4%; CPF 51,7%; Identidade (RG) 48,1%; Carteira de trabalho 43,6%; Título de Eleitor 38,7%.

Em contraposição, a soma das frequências das categorias “já tive, mas perdi, vendi ou danificou”, “roubaram/retiraram” e “não, nunca possui”, que indicam a inexistência dessas documentações foram: Certidão de nascimento/casamento 24,9%; CPF 31,4%; Identidade (RG) 37,2%; Carteira de trabalho 40,8%; Título de Eleitor 46,5%. Nota-se que os resultados da pesquisa do IJSN relativos à ausência de documentação trazem muita semelhança com outras pesquisas realizadas. Em nível nacional, a Política para Inclusão Social da População em Situação de rua de 2008, apontou que:

24,8% das pessoas em situação de rua não possuem quaisquer documentos de identificação, o que dificulta a obtenção de emprego formal, o acesso aos serviços e programas governamentais e o exercício da cidadania. Não possuem título de eleitor 61,6%, carteira de trabalho 59,9%, CPF 57,4%, certidão de nascimento ou de casamento 49,2% e carteira de identidade 40,7%. Possuem todos os documentos de identificação mencionados apenas 21,9% (BRASIL, 2008, p. 11-12).

A maior parte das pessoas que se encontram em situação de rua na RMGV, vivenciam esta situação - pernoitar em ruas, abrigos/albergues – a um longo período. Dentre os 385 entrevistados, 52,5% (202) relataram se encontrar a mais de dois anos em situação de rua; 15,8% (61) entre 1 mês e 6 meses; 11,4% (44) entre 1 ano e 2 anos; 8,6% (33) alegaram está nesta situação entre uma semana e um mês; 8,1% (31) tinham entre 6 meses e 1 ano e 1% (4) respondeu se encontrar nesta situação desde a tenra infância (nasceu/cresceu em situação de rua).

Em situações transitórias, algumas pessoas ficam na rua como consequência de uma circunstância, na qual o indivíduo, destituído de condições econômicas, possivelmente resultado do desemprego ou situação de ruptura familiar, pernoita alguns dias na rua, embora ainda preserve uma rede de apoio e suporte a qual poderá recorrer. Entretanto, há aqueles casos em que, diante de um leque menor de alternativas, com o passar do tempo e convivendo com outros que se encontram na mesma situação, o indivíduo descobre formas de resistência e sobrevivência nas ruas, constitui novas redes de relações que reduzem o traço ameaçador e vulnerável das ruas e se vincula de forma mais significativa a este espaço. Assim, gradativamente, a rede de vínculos construída na rua passa a ser uma referência progressiva para aquele indivíduo, e sua vinculação à rua passa a ser mais forte que outros laços construídos outrora, em outros espaços (BRASIL, 2011, p. 24).

A pesquisa do IJSN também buscou mapear entre as trajetórias de vida, os casos de saída e retorno à situação de rua e a quantidade de vezes em que ocorreram. Dentre os que responderam esta questão, cerca de 40,5% (156) confirmaram já ter vivenciado a situação de rua outras vezes e 56,1% (216) responderam não ter experienciado a reincidência. Os dados demonstram a complexidade da temática e a dificuldade que se coloca para os gestores públicos e as demais esferas de governo. Entre os que disseram já ter retornado à situação de rua, foi possível identificar, através do histórico desses sujeitos, a quantidade de vezes que esta experiência de retorno às ruas se repetiu. Entre os 156 (40,5%) participantes da pesquisa, destacam-se 10,6% (10) que retornaram 4 vezes; 14,9% (14) que retornaram 3 vezes; 26,6% (25) que retornaram 1 vez e 29,8% (28) que responderam já terem retornado 2 vezes, entre outros.

Para compreender as trajetórias realizadas pelos sujeitos neste período de 5 anos, foi realizado um mapeamento a partir de uma questão aberta que poderia indicar mais de um município como resposta. Essa questão alcançou um total de 392 respostas, das quais: 198 (50,5%) sinalizaram fluxo significativo entre quatro

municípios da RMGV: Vitória (72), Serra (51), Vila Velha (46), Cariacica (29).

Esse fato provavelmente tem forte ligação com a proximidade entre estes municípios, a oferta de serviços laborais, assistenciais, de saúde, entre outros. A procura por trabalho e acesso aos serviços provavelmente impacta na maior mobilidade dos indivíduos pelos territórios da RMGV, como parte da luta por acesso a direitos e à sobrevivência. Sendo assim, de acordo com Kunz (2012), Vitória tem se transformado em um polo atrativo, para o qual muitas pessoas se deslocam vindas de municípios vizinhos como Guarapari, Serra, Vila Velha, Cariacica e Viana em busca de oportunidades melhores para manutenção de suas vidas [...] não por acaso, estas vindas em massa acabam por desencadear problemas relacionados ao colapso dos serviços, principalmente da capital. Ainda segundo a autora:

Buscar atendimento especializado na capital é um dos argumentos utilizados para justificar o que é chamado “inchaço” de pessoas morando nas ruas dos centros urbanos. Em consequência, lida-se com superlotação dos abrigos para população em situação de rua na capital, acarretando sobrecarga de trabalho aos profissionais. Haja vista que os albergues de Vitória encontram-se em sua capacidade máxima para pernoite e migrantes em situação de vulnerabilidade e egressos do sistema prisional chegam todos os dias à cidade. (KUNZ, 2012, p. 25)

A heterogeneidade já foi apontada como componente essencial para se discutir a população em situação de rua. Nessa perspectiva, é preciso compreender também que os motivos/fatores que provocam a ida às ruas são variados, ou seja, está se falando de multicausalidade do fenômeno. Assim, face à pergunta sobre os motivos que os levaram à situação de rua, os entrevistados puderam apontar até três respostas. Dentre as respostas destacou-se com maior frequência: problemas familiares 29,6% (159); uso de drogas ilícitas 17,3% (93); demissão do trabalho 10,1% (54); alcoolismo 8,9% (48); falecimento de familiares 5,4% (29); por vontade própria 3,5% (19); separação 2,8% (15); problemas de saúde 2,6% (14); problemas psicológicos 2,2% (12).

Em relação à trajetória dos sujeitos em algumas instituições como Delegacias, IASES, Prisões ou Penitenciárias, Asilos/Orfanatos ou Abrigos, a pesquisa identificou que 63,9% (246) já tiveram passagem em delegacias. No que se refere à passagem pelo Instituto de Atendimento Socioeducativo do Espírito Santo (IASSES),

somente 8,3% (32) dos entrevistados já estiveram na instituição. Quanto à passagem por prisões e penitenciárias, 54,0% (208) responderam não ter passagem, por outro lado, 43,4% (167) responderam possuir passagem em prisões ou penitenciárias. Sobre o histórico de abandono e internação, o estudo realizado na Região Metropolitana da Grande Vitória demonstra que 40,0% (154) dos entrevistados responderam possuir passagem nos antigos asilos, abrigos ou orfanatos em sua trajetória de vida. Este dado corrobora um aspecto já sinalizado por Robaina (2015), ao identificar os processos de ruptura com o espaço residencial como um dos aspectos importantes na análise do estar em situação de rua:

O primeiro deles está vinculado à ausência histórica de qualquer referência a um modelo familiar ou do lugar da casa como referência de lar. Destacam-se, como exemplos, os órfãos cujas trajetórias de vida estiveram vinculadas aos espaços assistenciais e que, depois de atingirem a idade adulta, não conseguiram apoio institucional, econômico e/ou estabelecimento de bases formais para uma vida em uma casa como espaço habitacional. Também foi possível caracterizar aqueles que perderam as referências familiares e da própria casa devido à morte de seus familiares (ROBAINA, 2015, p. 111).

Sobre os locais de pernoite, os entrevistados, que poderiam indicar mais de um lugar de pernoite, concederam as seguintes respostas: 68,3% (274) relataram ter pernoitado na rua nos últimos 15 dias; 24,9% (100) informaram que pernoitaram em Abrigos/Albergues nos últimos 15 dias; 5,2% (21) relataram que pernoitaram em domicílio próprio/familiar, cedido ou alugado nos últimos 15 dias; 0,5% (2) responderam que pernoitaram em veículos nos últimos 15 dias; 0,2% (1) em hotel nos últimos 15 dias; enquanto 0,7% (3) não sabe/não lembra ou não respondeu à questão.

Outra questão relevante apontada pela pesquisa diz respeito aos principais motivos elencados pelos sujeitos para pernoitar na rua em vez de espaços como abrigos/albergues. Dentre os principais fatores destacam-se: falta de vagas nos serviços (Abrigos/Albergues), com 15,8% (58) das respostas; na rua não tem regras ou proibições contra o uso de álcool e drogas, com 12,8% (47); não ter restrições para ir e vir, com 8,2% (30); não tem problemas com horário, com 6,3% (23); acha mais confortável, com 4,9% (18); não possui o serviço na cidade, com 4,4% (16); processo para entrar em abrigos é difícil/complicado, com 3,5% (13).

Já entre o público que opta pelos espaços de acolhimento como Abrigo ou Albergue em detrimento da rua, as principais respostas foram: é mais confortável (inclui proteção, cama, local para higiene pessoal, etc.), com 25,2% (54) das respostas; se sente mais seguro, risco menor de violência, com 22,9% (49); para receber assistência e atendimentos, com 16,4% (35); para alimentação, com 13,1% (28); não tem casa, com 6,5% (14); desemprego/falta de renda, com 1,4% (3); outros, com 6,5% (14) das respostas. Em relação às PSR que optam por acessar instituições de acolhimento institucional, de acordo com Robaina: “[...] a ideia central é garantir o descanso no período noturno, com o mínimo de conforto e segurança” (2015, p. 47).

Os que permanecem na rua por opção ou por falta de escolha, sabem que “[...] é necessário conhecer inúmeros aspectos e dinâmicas existentes para poder produzir estratégias que envolvem a possibilidade de uma comodidade mínima para o descanso, mas, ao mesmo tempo, também para a obtenção de segurança pessoal (ROBAINA, 2015, p. 262-263). Dado importante constatado através da pesquisa do IJSN que corrobora com essa questão da segurança é o fato de que, entre os entrevistados, 51,4% (198) relataram ter sofrido alguma forma de violência por estar em situação de rua.

Em relação à frequência das pessoas em situação de rua nos espaços de atendimento e acolhimento em período diurno, como no Centro Pop\Dia, dentre os entrevistados, observa-se que, 46,5% (179) disseram ter frequentado o Centro Pop/Centro Dia nos últimos 15 dias; 44,4% (171) disseram não ter acessado o serviço neste período e 5,7% (22) relataram não conhecer este serviço.

Ressalta-se que na data de realização desta pesquisa apresentada pelo IJSN na RMGV em 2018, somente os municípios de Serra, Vila Velha e Vitória possuíam Centro Pop e a cidade de Guarapari contava com um Centro Dia. Cabe ressaltar que atualmente, em 2023, Cariacica e Guarapari também contam com o serviço do Centro Pop em funcionamento. Desta forma, a distribuição das respostas se deu entre estes quatro municípios: Centro Pop de Vitória 30,5% (58); Centro Pop de Serra 30,0% (57); Centro Pop de Vila Velha 28,4% (54); Centro Dia de Guarapari 11,1% (21).

3.3 ESTRUTURAÇÃO DA REDE MUNICIPAL DE ATENDIMENTO DESTINADA A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA EM VITÓRIA-ES

Nessa sessão, disserta-se acerca da legislação do Sistema Único de Assistência Social e seus níveis de complexidade pertinentes ao atendimento da população em situação de rua, onde será mapeada a rede municipal de atendimento para esse público em Vitória, descrevendo suas características, objetivos e para qual demanda são direcionados.

Primeiramente é necessário evidenciar a aprovação pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), por meio da Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009, da Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. Esta normativa possibilitou a padronização em todo território nacional dos serviços de proteção social básica e especial, estabelecendo seus conteúdos essenciais, público a ser atendido, propósito de cada um deles e os resultados esperados para a garantia dos direitos socioassistenciais. Além das provisões, aquisições, condições e formas de acesso, unidades de referência para a sua realização, período de funcionamento, abrangência, a articulação em rede, o impacto esperado e suas regulamentações específicas e gerais.

A aprovação da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais representou uma importante conquista para a assistência social brasileira alcançando um novo patamar, estabelecendo tipologias que, sem dúvidas, corroboram para ressignificar a oferta e a garantia do direito socioassistencial (BRASIL, 2014). A proposta que caracteriza, tipifica e classifica nacionalmente os serviços socioassistenciais e suas ofertas materiais, sociais e socioeducativas, sustentou-se ética e teoricamente nos direitos socioassistenciais e no compromisso com o desenvolvimento humano e social, “pela partilha de ações intersetoriais governamentais para enfrentar e superar as desigualdades sociais, econômicas e as disparidades regionais e locais existentes no País”, conforme dispõe a Norma Operacional Básica (NOB/SUAS).

Trata-se da descrição de cada serviço da Assistência Social, a partir de uma matriz padronizada segundo as funções da política de Assistência Social de proteção social básica e proteção social especial de média e alta complexidade. Apresentada pela

Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) e matéria de amplo debate e pactuação com os gestores na Comissão Intergestores Tripartite - CIT, o documento apresentado e aprovado pelo Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS acata uma demanda histórica e padroniza o atendimento socioassistencial para todo o território nacional (BRASIL, 2009).

Os serviços de Proteção Social Especial (PSE) têm estreita interface com o sistema de garantia de direitos e foco nas famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras situações de violação dos direitos. Uma unidade estatal, denominada Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), que é responsável pela oferta de atenções especializadas de apoio, orientação e acompanhamento a indivíduos e famílias com um ou mais de seus membros em situação de ameaça ou violação de direito.

A PSE prevê dois níveis de complexidade: os serviços de média complexidade, organizados nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), que são unidades públicas estatais que oferecem atendimento às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos; e os serviços de alta complexidade, que garantem proteção integral – moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e/ou em situação de ameaça, necessitando ser retirados do convívio familiar e/ou comunitário (idem). A seguir, iniciarei apresentando os serviços de média complexidade disponíveis para realizar o atendimento à população em situação de rua de Vitória.

- Centro Pop

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social para População de Rua, funciona como porta de entrada para adultos em situação de rua da rede da proteção social especial, tendo como finalidade principal a acolhida imediata deste público. No espaço, pessoas em situação de rua são acolhidas, recebem kit de

higiene pessoal, podem se higienizar e se alimentar. Os usuários também têm atendimento psicossocial, sociojurídico e participam de oficinas que contribuem significativamente para o desenvolvimento das suas habilidades, tais como expressões artísticas, artesanato, corte e costura, entre outros. As atividades são voltadas para a superação da situação de rua, seja por meio de reinserção familiar ou comunitária, reinserção no mercado de trabalho ou retorno para o município de origem.

Com capacidade para atender 100 pessoas por dia, o Centro Pop também recebe doações de roupas, cobertores, móveis, entre outras. O serviço atende pessoas que utilizam as ruas como espaço de moradia e sobrevivência, o atendimento prestado a essas pessoas têm a finalidade de assegurar atividades direcionadas para o desenvolvimento de sociabilidades, tendo em vista o fortalecimento de vínculos interpessoais e familiares, que proporcionem a construção de novos projetos de vida.

Os usuários recebem orientação individual e grupal, são encaminhadas a outros serviços socioassistenciais e as demais políticas públicas que possam contribuir com a construção da autonomia, protagonismo, inserção social e proteção às situações de violência. Entre os objetivos, estão possibilitar condições de acolhida na rede socioassistencial; contribuir para a construção de novos projetos de vida, respeitando as escolhas dos usuários e as especificidades do atendimento; colaborar para restaurar e preservar a integridade e a autonomia da população em situação de rua e promover ações para a reinserção familiar e comunitária.

- Serviço Especializado em Abordagem Social

A Prefeitura Municipal de Vitória, através do Serviço Especializado em Abordagem Social (SEAS), realiza diariamente o monitoramento da cidade. São realizadas abordagens sociais, orientações e encaminhamentos às pessoas em situação de rua para rede de serviços, conforme demanda apresentada e aceitação deles às intervenções propostas.

Os principais encaminhamentos são para alimentação, higienização, atendimento psicossocial, documentação, espaços de capacitação e avaliação para a concessão de benefício de passagem (quando migrante). O trabalho é realizado diariamente de domingo a domingo, nos três turnos (manhã, tarde e noite). A equipe é composta por assistente social, psicólogo e educadores, que trabalham para identificar as necessidades desses indivíduos, estabelecendo contato com os serviços que possibilitem sua reinserção no âmbito familiar e na comunidade, buscando promover o acesso à rede de serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas na perspectiva da garantia de direitos.

O serviço deve atuar com a perspectiva de elaboração de novos projetos de vida, para tanto, a equipe deve buscar a construção gradativa de vínculos de confiança que favoreçam o desenvolvimento do trabalho social continuado com as pessoas atendidas. A abordagem social constitui-se em processo de trabalho planejado de aproximação, escuta qualificada e construção de vínculo.

Outro nível de complexidade existente é a Proteção Social Especial de Alta Complexidade do Sistema Único de Assistência Social. Seu principal objetivo é promover o acolhimento de famílias ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, de forma a garantir sua proteção integral. Esses serviços são prestados em unidades inseridas na comunidade e devem possuir características residenciais. Ou seja, ser um ambiente acolhedor e com estrutura física adequada para atender às necessidades dos usuários. Além disso, essas unidades devem cumprir os requisitos previstos nos regulamentos para a oferta do serviço de acolhimento, promovendo condições de acessibilidade, higiene, salubridade, segurança e privacidade.

O serviço de acolhimento deve favorecer o convívio familiar e comunitário, a utilização dos demais equipamentos e serviços disponíveis na comunidade onde a unidade está localizada, e o mais importante de todos, deverá respeitar os costumes, tradições e a diversidade como: as diferentes faixas etárias, os arranjos familiares, religião, gênero, orientação sexual, raça ou etnia. (BRASIL, 2011) A seguir, alguns dos serviços disponíveis em Vitória, pertencentes ao referido nível de complexidade.

- Albergue para Migrantes

O Albergue para Migrantes tem como objetivo o atendimento de pessoas adultas em situação de vulnerabilidade social, que estão em trânsito pelo município de Vitória. Oferece ao migrante atendimento psicossocial, orientações técnicas, passagem para recambiamento às cidades de origem ou cidade de destino, bem como, nos casos necessários, atendimento psicossocial, acolhimento, higienização e alimentação por período previamente estabelecido. Crianças e adolescentes são atendidos somente com documentos e acompanhados pelos responsáveis. Os encaminhamentos para o serviço são realizados por meio do Centro Pop, Serviço Especializado em Abordagem Social (SEAS) ou demanda espontânea.

- Abrigo para pessoas em situação de rua

O Abrigo Jabour, equipamento municipal vinculado à Secretaria de Assistência Social (Semas), executa o serviço de acolhimento institucional de pessoas adultas em situação de rua, promovendo o acesso e usufruto de direitos e contribui para a superação da condição de rua. Garante a proteção social por meio de fornecimento de acolhimento, alimentação, higienização e acompanhamento psicossocial para as pessoas adultas em situação de rua, que se encontram em alto grau de vulnerabilidade social. Os encaminhamentos para o serviço são realizados por meio do Centro Pop e Serviço Especializado em Abordagem Social. Proporciona para os acolhidos, o resgate da autonomia e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, de forma que eles se sintam pertencentes ao trabalho junto às suas histórias de vida.

- Hospedagem Noturna para adultos em situação de rua

A Hospedagem Noturna é um serviço voltado à população adulta em situação de rua no município de Vitória, garante a proteção social por meio de fornecimento de pernoite, acolhida, alimentação, higienização e acompanhamento psicossocial, que se encontram em situação de alto grau de vulnerabilidade social. Os encaminhamentos para o serviço são realizados por meio do Centro Pop, Serviço Especializado em Abordagem Social.

- Casa Lar

A Casa Lar é um serviço que atende pessoas adultas em situação de rua com transtorno mental com poucas possibilidades de (re)inserção familiar. Visa a garantia da proteção integral, incluindo acolhimento, alimentação, higienização, atividades socioeducativas e atendimento psicossocial. Os encaminhamentos para o serviço são realizados por meio do Abrigo para população em situação de rua de Vitória.

- Casa República

A Casa República funciona como um espaço de acolhimento temporário a pessoas adultas com vivência de rua em fase de reinserção social, que estejam em processo de restabelecimento dos vínculos sociais e construção de autonomia. O serviço incentiva a participação dos usuários nos serviços ofertados no território. Os encaminhamentos para o serviço são realizados por meio do Abrigo para população em situação de rua, Hospedagem Noturna e Centro Pop.

3.4 ACESSO À SAÚDE

Durante meu tempo de atuação como técnico de referência, pude observar que as queixas de saúde mais frequentes apresentadas pelos usuários do Centro Pop eram dores, das mais diversas ordens, bem como questões de saúde dermatológica, saúde mental, demandas de saúde bucal, ginecológicas, uso de substâncias psicoativas, dentre outras. Essa última, em especial, atravessava a grande maioria das pessoas em acompanhamento, sendo a principal demanda de saúde informada durante os atendimentos.

Ocorre que, na realidade do município em estudo, observa-se que a metodologia da rede de atendimento de saúde interfere no acesso desse segmento populacional aos respectivos serviços. Se tratando da saúde mental, um número significativo de pessoas em situação de rua, das quais acompanhei, trazem a dependência química como a principal demanda e ao serem encaminhadas, percebe-se que o fluxo municipal normalmente envolve o agendamento desse acolhimento inicial.

No entanto, esses agendamentos, que comumente eram feitos por mim em articulação com os serviços da rede municipal, costumavam ocorrer para datas

posteriores, até 10 dias após a marcação e nesse período, considerando a realidade dessa população que vivencia o desejo de forma súbita, ou seja, em um dado momento, o indivíduo reflete sobre as consequências do uso abusivo de substâncias psicoativas, compreende os danos causados pela mesma e decide iniciar o acompanhamento de saúde mental, porém, pouco tempo depois desiste, pois durante esse período de espera, normalmente começa a sofrer os efeitos da abstinência, ou acabam passando por recaídas e esse agendamento torna-se um período muito longo, fato que dificulta a adesão.

Foi possível perceber também que as pessoas em situação de rua, às quais acompanhei, em sua grande maioria, apresentam altos níveis de ansiedade em razão do seu contexto de vida, onde suas demandas costumam ser imediatas e cada dia da sua vida requer habilidade de sobrevivência, de circunstâncias como violência, frio, chuva e necessidades fisiológicas em geral. Portanto, quando são orientados sobre as possibilidades de demanda espontânea, considerando a impossibilidade de aguardar os agendamentos, ao se deslocarem até os respectivos serviços, grande parte não aguarda o atendimento por impaciência, ou por sentirem por exemplo, efeitos da abstinência, conforme seus próprios relatos quando questionados sobre o fato de não terem ficado para o atendimento.

Para essa demanda, os acompanhamentos são realizados no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPS AD, que são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário voltados ao atendimento de atenção diária a pacientes adultos com transtornos causados por álcool e outras drogas. Possui uma equipe formada por médico psiquiatra, médico clínico, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeuta ocupacional, técnico esportivo, musicoterapeuta e arteterapeuta.

O equipamento desenvolve ações de visita/atendimento domiciliar, oficinas terapêuticas e de geração de renda, atendimentos em grupos ou individuais e atendimentos aos familiares. Os principais objetivos do CAPS AD são o tratamento, reabilitação, e reinserção social, dos pacientes com transtornos mentais severos e persistentes decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Em Vitória, a modalidade em funcionamento é o CAPS AD III: Álcool e Drogas: Atendimento com 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação, funcionamento 24h para todas

as faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas e atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes. Além do CAPS AD, outra instituição que presta atendimento para esse perfil é a Missão Batista “Cristolândia”, que atua no apoio a dependentes químicos em situação de rua, serviço que foi apresentado no capítulo anterior.

Outro componente importante da rede socioassistencial que atua diretamente com essa demanda é o Centro de Acolhimento e Atenção Integral sobre Drogas (CAAD), parte integrante e fundamental do Programa Estadual de Ações Integradas sobre Drogas - Rede Abraço. Reconfigurado em 2019, o Programa, gerido pela Subsecretaria de Estado de Políticas sobre Drogas (SESD), vinculada à Secretaria Estadual de Direitos Humanos (SEDH), tem quatro eixos de atuação: prevenção, cuidado e tratamento, reinserção social e estudos, pesquisas e avaliações.

O CAAD é um equipamento público estadual que atua como porta de entrada para pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas (SPA). Nele são oferecidos atendimentos com uma equipe multiprofissional, formada por médicos, assistentes sociais, psicólogos, nutricionista, enfermeiro e técnica de enfermagem. A metodologia abarca atendimento individual e familiar, atendimento em grupos de acompanhamento, encaminhamentos, de modo a ampliar as oportunidades de acolhimento, cuidado e reinserção social, além de fomentar a articulação com a rede de serviços socioassistenciais, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e demais políticas setoriais.

As ações do CAAD estão alinhadas à perspectiva da intersetorialidade e ao fortalecimento da rede de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de SPA a partir de suas singularidades, prezando pelo rigor técnico, ético e metodológico. O serviço atua com uma visão interdisciplinar, trabalhando sempre na perspectiva da garantia, promoção e proteção dos direitos humanos, horizontalidade e articulação em rede. Em respeito à autonomia dos usuários, as indicações terapêuticas serão construídas após avaliação multiprofissional criteriosa e em conjunto com usuários e familiares, respeitando-se a adesão voluntária às modalidades de cuidado, exceto apenas em casos excepcionalíssimos em que se observe risco de morte para o usuário ou para terceiros.

Quando buscam o atendimento através de demanda espontânea, às vezes pelo tempo de permanência na sala de espera, ou diante da impossibilidade imediata de atendimento, considerando a ansiedade como um dos aspectos presentes no usuário de substâncias psicoativas, encontra-se um dificultador. Quando a demanda de saúde mental está relacionada a transtornos mentais, o encaminhamento aos serviços pertinentes se torna complexo, pois muitas vezes há prejuízo em sua autonomia e a pessoa não consegue se deslocar até o CAPS AD. Uma das alternativas seria do serviço mencionado atender essa demanda in loco, dentro do próprio serviço da assistência social que ele frequenta, seja no Centro Pop ou nos acolhimentos institucionais, porém esse deslocamento não acontece.

Outro fator é que mesmo as pessoas que não apresentam nenhum comprometimento significativo e possuem sua autonomia preservada, há dificuldade de acesso ao referido serviço de saúde mental por conta da distância entre o Centro Pop e o CAPS AD, onde as pessoas com maior disposição precisam andar por cerca de 50 minutos para chegarem ao atendimento, considerando que não dispõem de nenhum veículo para realizar seu traslado, ou mesmo acesso ao benefício do “Vale Social”, que o município oferta, sendo a concessão de duas passagens no transporte público para demandas específicas, mas que não abrangem saúde como uma delas. Ocorre também a falta de profissionais na equipe, principalmente o médico psiquiatra, fato que precariza o atendimento.

A delimitação territorial também é um ponto que traz questionamentos dos serviços, uma vez que existem dois CAPS no município que atendem pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental, nas regiões de São Pedro e Ilha de Santa Maria e conforme o fluxo municipal, os usuários do Centro Pop sempre foram encaminhados para o da Ilha de Santa Maria, porém consideravam o território do Centro Pop como pertencente à região de abrangência do CAPS São Pedro. No entanto, territorializar a pessoa em situação de rua é um paradoxo, uma vez que é uma população que transita pela cidade e que muitas vezes não possui um território fixo de permanência, tornando-se uma barreira.

Tratando-se de saúde clínica, quando a pessoa em situação de rua realiza seu acesso à uma Unidade de Saúde através de demanda espontânea, pode ser impedido de entrar devido às suas condições de apresentação pessoal relacionadas a higiene ou pela possibilidade de apresentarem alterações comportamentais de diversas ordens, devido ao estresse diário que a situação de rua produz, ou transtorno mental, sendo muitas vezes convidados a se retirar pelo vigilante do serviço. O despreparo da equipe para prestar o atendimento, devido a crenças pessoais, preconceito ou discriminação também é um fato a ser destacado .

As variáveis que interferem no acesso aos cuidados de saúde da PSR são diversas, como a organização dos serviços de saúde, com filas, longo tempo de espera, bem como a dificuldade dos profissionais no atendimento. A condição de higiene com que buscam os serviços de saúde, por vezes precária, resulta em atitudes preconceituosas. (Vannucchi, 2007, p.215-26).

Quando a demanda de saúde envolve especialidade, as datas de atendimento costumam ser muito distantes, além disso, devido à falta de estrutura que as pessoas em situação de rua possuem, ou até mesmo questões de saúde mental como depressão e ansiedade, que podem acarretar dificuldades de autocuidado, acabam não conseguindo se comprometer com as agendas disponíveis, causando entaves no acesso.

As campanhas de prevenção com programações itinerantes relacionadas à saúde, como saúde bucal, prevenção do câncer, tuberculose, infecções sexualmente transmissíveis, gestação, vacinações, entre outros, deixam de ocorrer nos espaços de atendimento destinados às pessoas em situação de rua devido à fragmentação da rede e dos planejamentos, uma vez que essas atividades muitas vezes ocorrem dentro dos próprios espaços de saúde que não costumam ser de frequência assídua dessa população, causando um distanciamento nas ações da saúde. As ações do Consultório na Rua dão grande ênfase no acompanhamento de casos que demandam maior prioridade na rua, como idosos e gestantes, muitas vezes atuando no curativismo e se distanciando de ações de educação em saúde e prevenção.

Os pontos sinalizados descrevem a realidade municipal, devendo ser problematizado com as gestões dos serviços locais, pois trazem desafios na execução do serviço, objetivando a apreensão desse processo, a fim de oferecer

subsídios para o aprimoramento do trabalho desenvolvido, alinhado ao contexto local para maior contribuição nessa realidade. A pesquisa produz conhecimento teórico relativo ao tema, contribuindo qualitativamente para a efetivação dos princípios do SUS, aprofundando na universalização da saúde como direito de cidadania e função do Estado em assegurar esse direito, promovendo o acesso às ações e serviços para todas as pessoas, além da equidade, com objetivo de redução das desigualdades, visto que o público dessa pesquisa difere da população em geral e possui demandas distintas.

Nesse sentido, pretende-se viabilizar por meio desta pesquisa, proporcionar maior visibilidade ao usuário da política pública de saúde, trazendo à tona sua experiência para possibilitar às equipes envolvidas nesse atendimento, práticas ainda mais alinhadas à realidade dos participantes da pesquisa de forma ética e comprometida, através do coletivo para suprimir situações de violação de direitos. Evidenciar essa troca de saberes é importante para fomentar um diálogo crítico acerca do reconhecimento dos usuários como sujeitos políticos que compreendem seu contexto e seus direitos.

O capítulo a seguir discorre sobre a caracterização da população em situação de rua no Espírito Santo, seu contexto histórico e trajetória, bem como sua caracterização na Região Metropolitana da Grande Vitória, além de apresentar a estruturação dos serviços disponíveis para atendimento desse segmento populacional no Município de Vitória-ES.

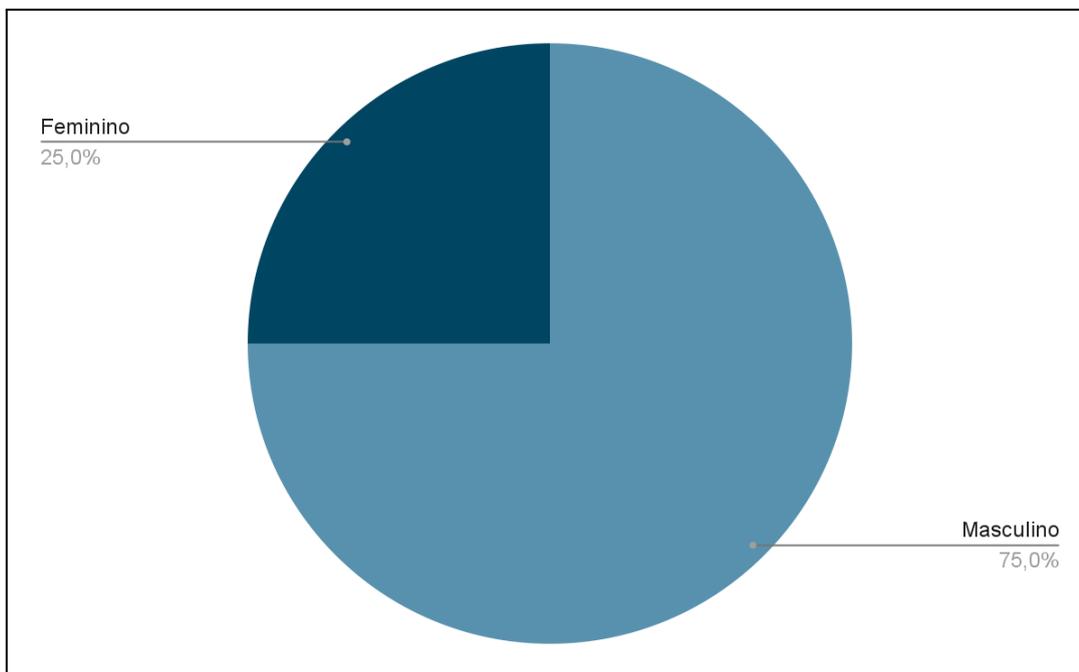
4 DADOS E RESULTADOS

4.1 ENTREVISTA COM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

4.2 BLOCO I - CARACTERIZAÇÃO

Em conformidade com o perfil definido na Metodologia, a escolha dos participantes da pesquisa se constitui por 8 (oito) pessoas adultas, com histórico de situação de rua de no mínimo cinco anos, que não estivessem sob efeito de substâncias psicoativas no momento da entrevista, que apresentassem condições psíquicas para entender a proposta da pesquisa e com capacidade para emitir respostas satisfatórias ao estudo, sendo divididos em quatro pessoas pertencentes ao território do Centro⁸ e 4 (quatro) pertencentes ao território de Jardim da Penha⁹. A escolha dos nomes fictícios utilizados para mencionar os participantes remete ao poema elaborado por Carlos Eduardo Ramos, pessoa em situação de rua de Salvador, citado na abertura do capítulo I, intitulado “Não somos lixo”. mais especificamente o trecho “Nós somos arcanjos no juízo final”, onde selecionei nomes de arcanjos para resguardar a identidade dos entrevistados.

Gráfico 1 - Sexo



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

⁸ Vitória foi fundada em 1551, possui o centro histórico mais antigo que o de cidades como São Paulo e Ouro Preto. Compreende a região central da capital, com um grande número de edifícios e patrimônios históricos.

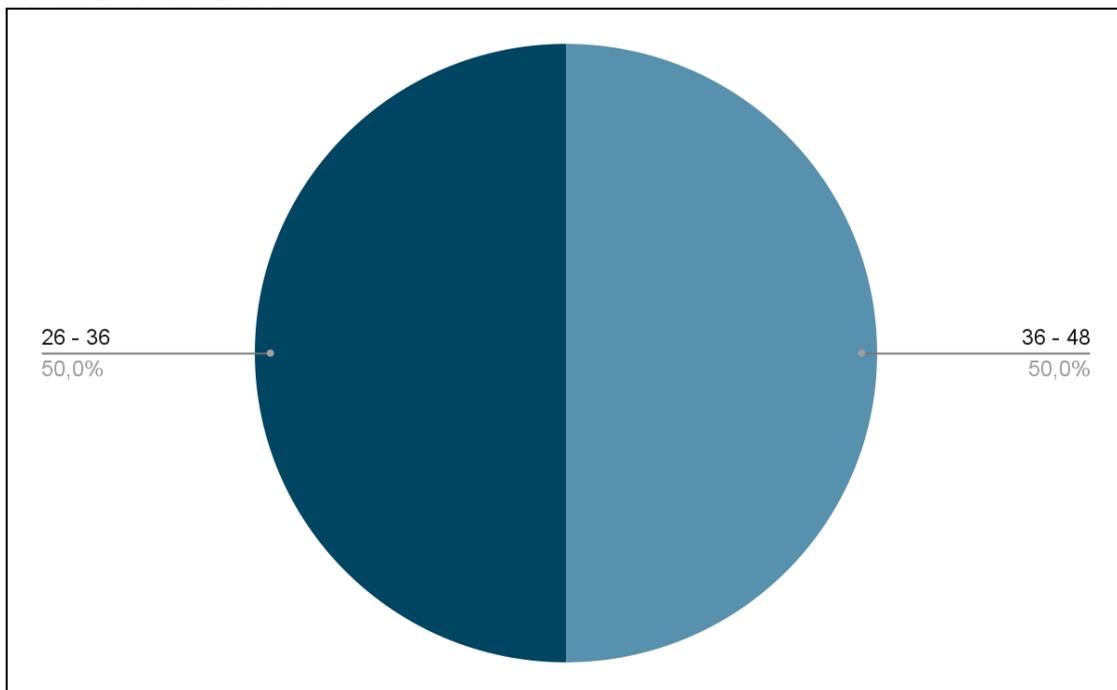
⁹ Jardim da Penha é um bairro localizado na zona norte da cidade de Vitória. Um loteamento inspirado na capital mineira, Belo Horizonte, deu origem ao famoso bairro de Jardim da Penha, em 1950. O bairro é composto por diversos conjuntos habitacionais de apartamentos e 7 praças.

Conforme exposto, dentre os entrevistados, 75% (6)¹⁰ são do sexo masculino e 25% (2) do sexo feminino.

De acordo com a pesquisa nacional, a população em situação de rua no Brasil é composta predominantemente de homens (82%). Esse percentual elevado de indivíduos do sexo masculino aponta a relevância de fatores culturais e históricos em sua composição, como a divisão social do trabalho, que atribui aos homens maior responsabilidade de auferir renda para o próprio sustento e o familiar, além da violência nas ruas, que, supostamente, pode inibir as mulheres de recorrer a essa alternativa de sobrevivência (SILVA, 2009, p.57).

Esse quantitativo se encontra em consonância com a pesquisa do Instituto Jones Santos Neves mencionada no item Caracterização da População de Rua deste trabalho, sendo afirmado que maioria é do sexo masculino (81,6%). Sendo assim, os homens historicamente compõem a maioria da população em situação de rua.

Gráfico 2 – Faixa Etária



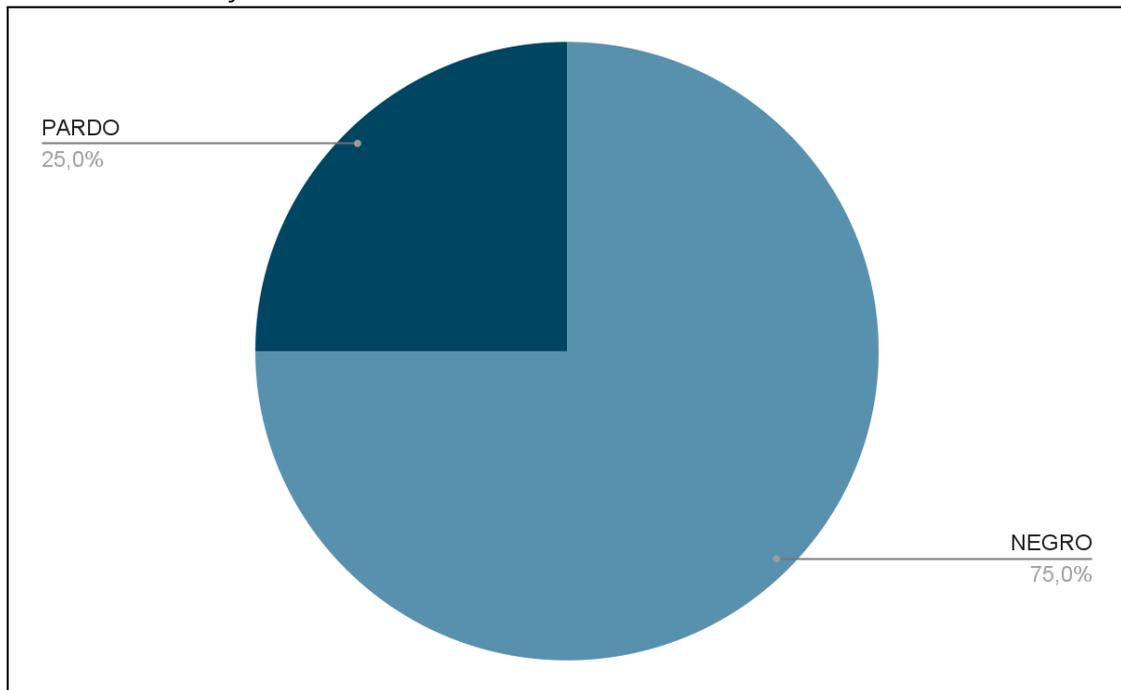
Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Entre os entrevistados, 50% (4) tinham idades entre 26 e 36 anos e 50% (4) tinham idade de 36 a 48 anos. Conforme pesquisa realizada pelo Instituto Jones dos Santos Neves mencionada no item Caracterização da População de Rua de Grande Vitória deste trabalho, essa faixa etária aparece também como a maioria da composição da população em situação de rua. Verificamos, ainda, que a população em situação de

¹⁰ Quantidade total de participantes da pesquisa.

rua está em idade produtiva. Dos entrevistados, 53% tinham entre 25 e 44 anos de idade na ocasião da pesquisa (BRASIL, 2008). Apesar da lacuna de 15 anos entre as pesquisas, verifica-se que essa faixa etária permanece presente nessa população.

Gráfico 3 – Cor/Raça



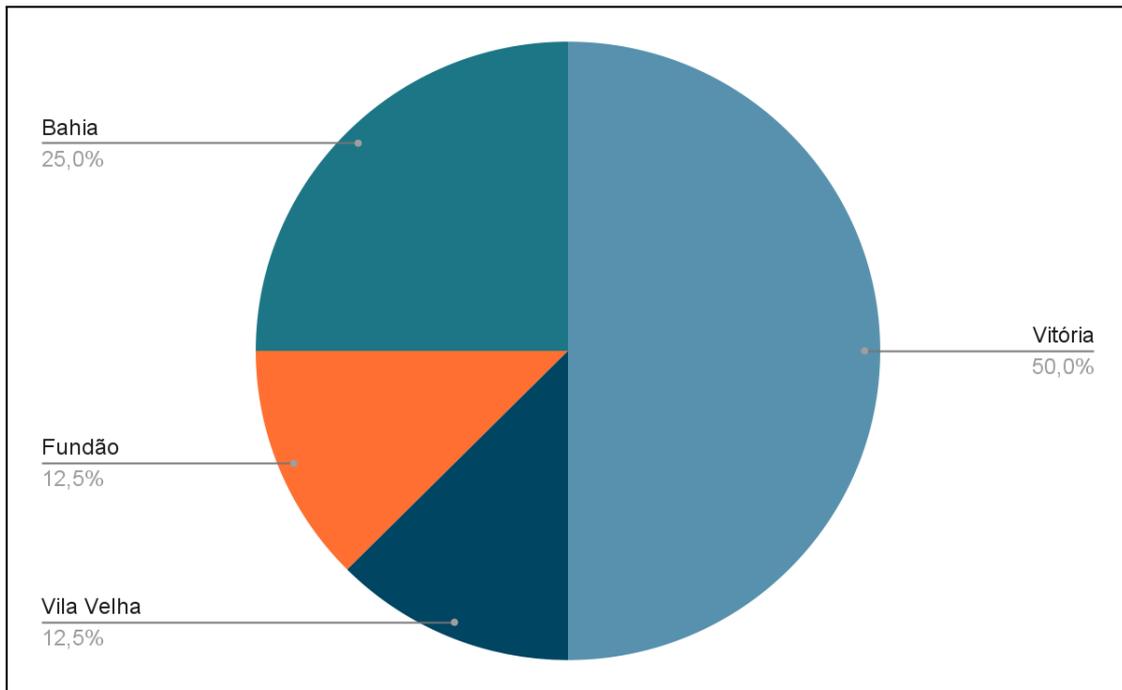
Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Dentre os entrevistados, 75% (6) declararam-se negros e 25% (2) se identificaram como pardos.

Outro traço típico da população em situação de rua no Brasil é a predominância de indivíduos negros, 67% do total nacional. Entre os entrevistados, 39,1% declararam-se pardos, e 27,9%, pretos. Trata-se de um aspecto da população em situação de rua específico do Brasil relacionado ao passado escravocrata brasileiro, à persistência de altos índices de desigualdades de acesso a bens e serviços entre as populações brancas e negras bem como à persistência do racismo na atualidade (SILVA, 2009, p. 59).

A pesquisa realizada apresenta similaridade nesse aspecto com a pesquisa realizada pelo IJSN, que apresenta dados semelhantes e ainda mais expressivos em termos da concentração de negros dentro da PSR: 77,6% dos entrevistados da RMGV são negros. O dado é de 2018 e considera a região metropolitana, porém corrobora com o dado atual.

Gráfico 4 - Naturalidade



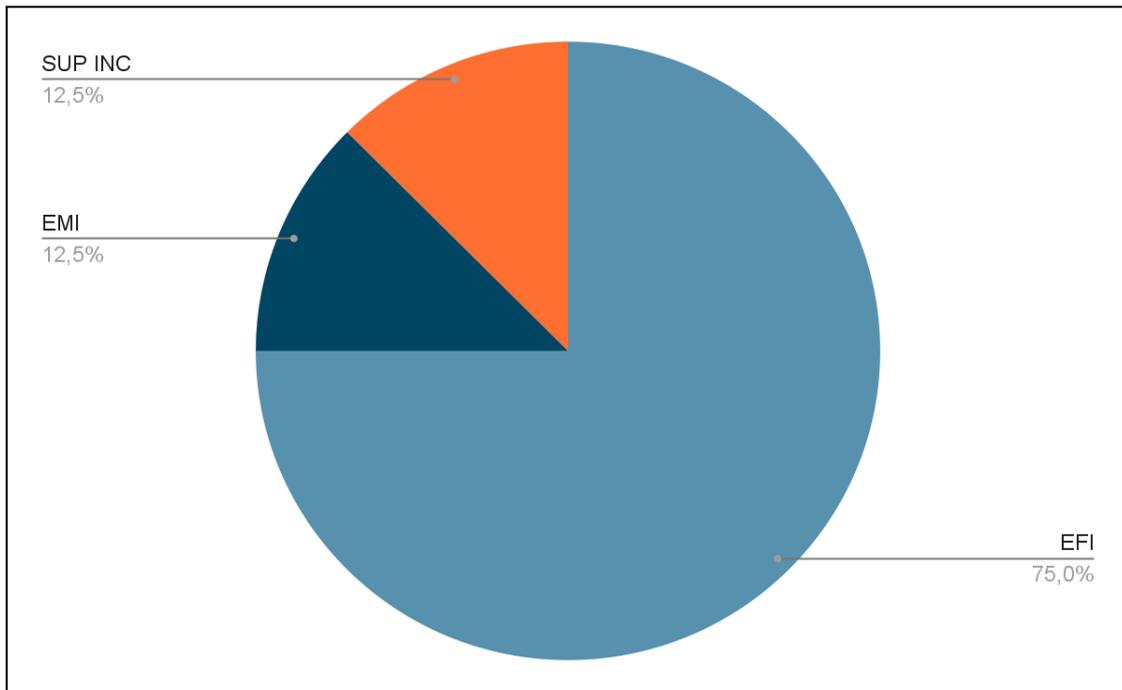
Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Dentre os entrevistados, 50% (4) declararam serem naturais de Vitória, 12,5% (1) de Vila Velha, 12,5% (1) de Fundão e 25% (2) da Bahia. Conforme Saldanha (2014, p.48):

Uma parcela das pessoas em situação de rua apresenta histórico de migração de uma cidade para outra em busca de oportunidades e, na ausência dessas, acabam permanecendo na nova localização, com poucos recursos financeiros e sociais, o que ocasiona a situação de rua.

Ou seja, 50% dos entrevistados migraram em algum momento de suas trajetórias de vida, por circunstâncias diversas às quais não fazem parte do intuito deste trabalho, explorar.

Gráfico 5 - Escolaridade

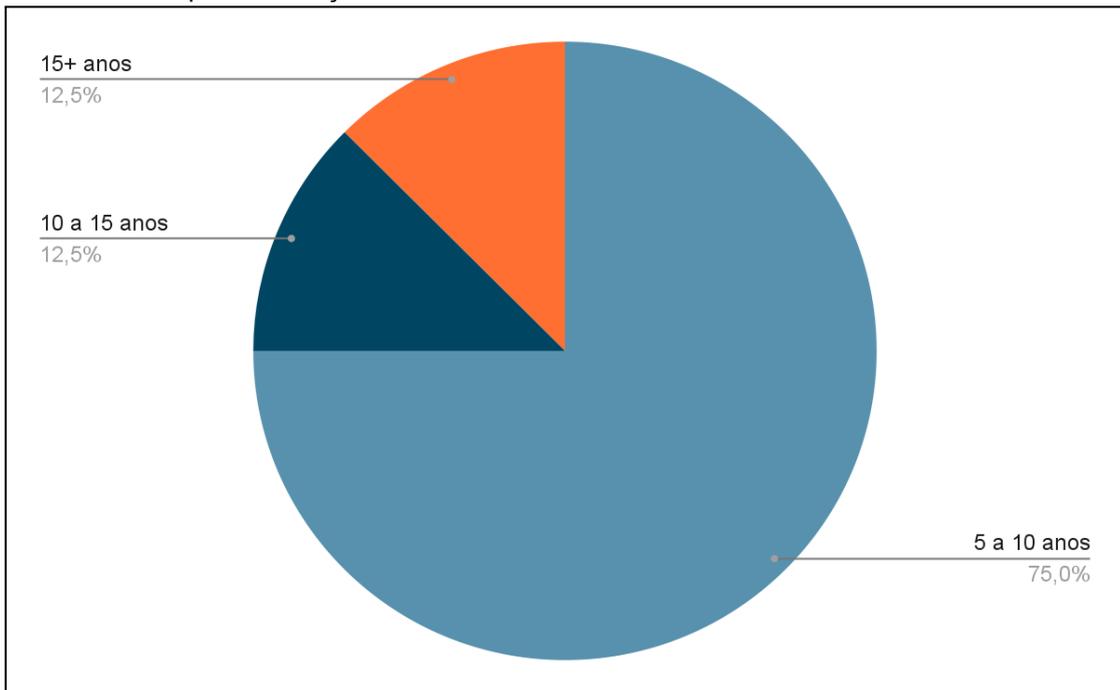


Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Nesse conjunto, observamos a baixa escolaridade, onde a maior parte dos entrevistados, 75% (6) informaram que possuem Ensino Fundamental Incompleto, 12,5% (1) declarou possuir Ensino Médio Incompleto e 12,5% (1) afirmou possuir Ensino Superior Incompleto.

Santos (2009) expõe que a população em situação de rua é composta, em sua grande maioria, pelas camadas mais pobres da população onde, normalmente, as pessoas possuem baixa escolaridade e qualificação profissional, cujos vínculos empregatícios estabelecidos no contexto do trabalho já se encontravam fragilizados antes mesmo de se encontrarem na rua, o que é reafirmado no estudo com pessoas em situação de rua da Região Metropolitana da Grande Vitória (2018), e também na presente pesquisa.

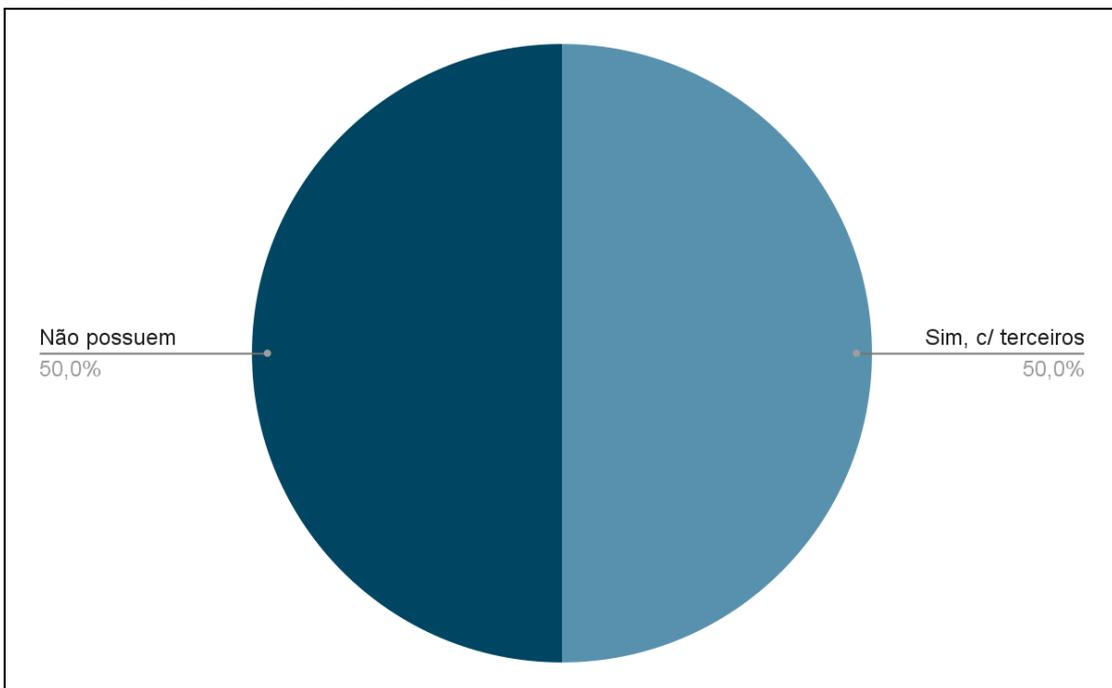
Gráfico 6 – Tempo em situação de rua



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Dos entrevistados, 75% (6) declararam ter de 5 a 10 anos em situação de rua, 12,5% (1) de 10 a 15 anos (1) e 12,5% (1) informaram ter mais de 15 anos.

Gráfico 7 – Possui Certidão de Nascimento?

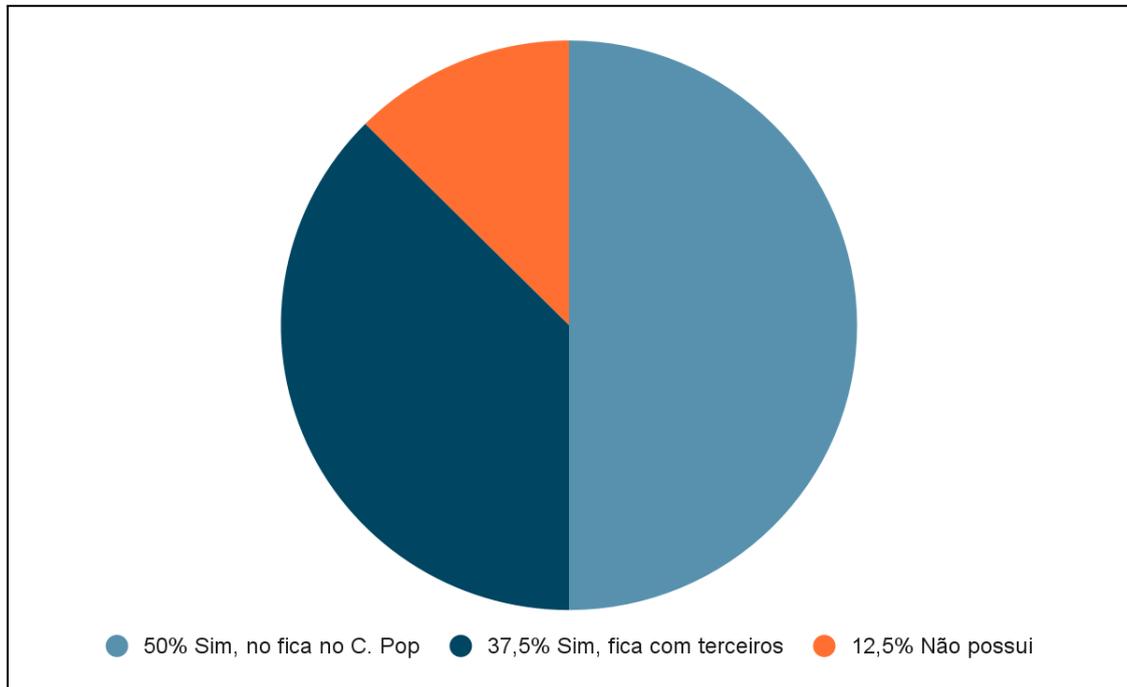


Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Dentre os entrevistados, 50% (4) possuem Certidão de Nascimento em posse de

terceiros e 50% não possuem.

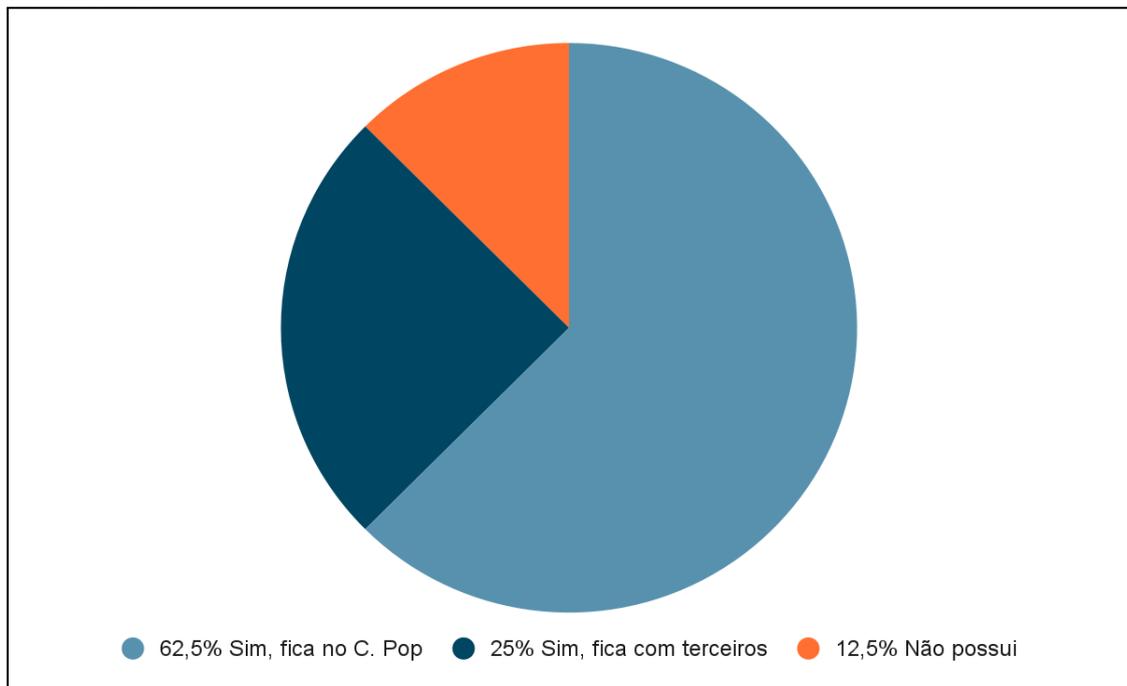
Gráfico 8 - RG



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Referente ao RG, 50% (4) informaram que possuem, mas que deixam no Centro Pop, 37,5% (3) deixam em posse de pessoas de confiança e 12,5% (1) não possui.

Gráfico 9 - CPF

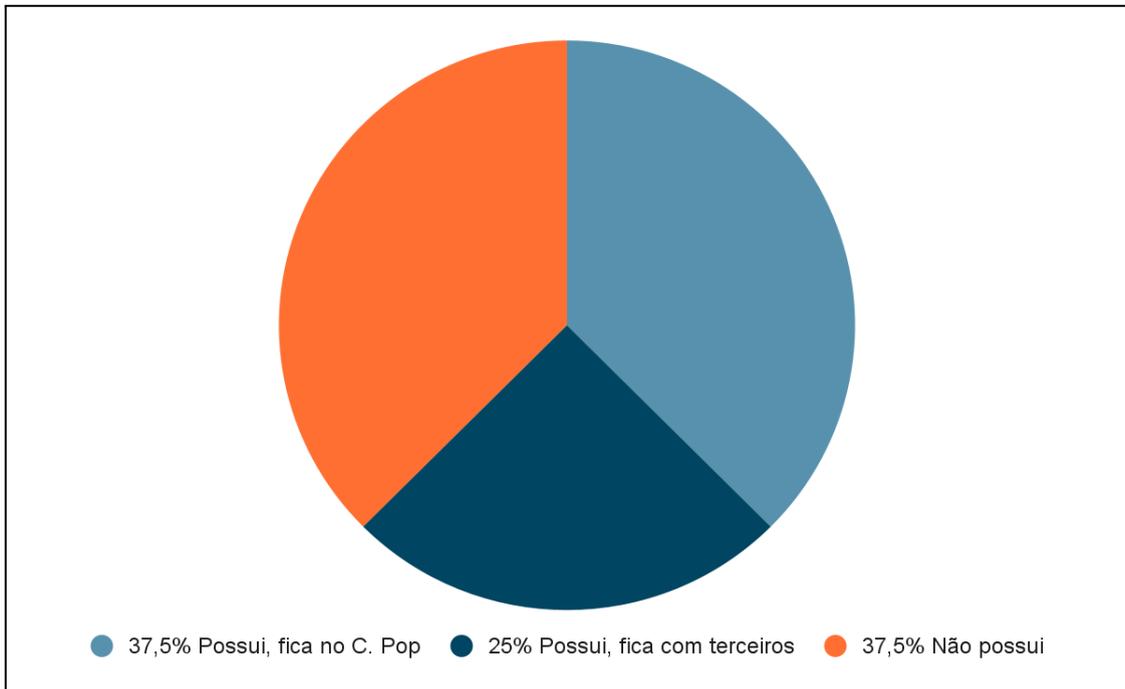


Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Referente ao CPF, 62,5% (5) possuem, mas deixam no Centro Pop, 25% (3) deixam

com terceiros de confiança e 12,5% (1) não possui.

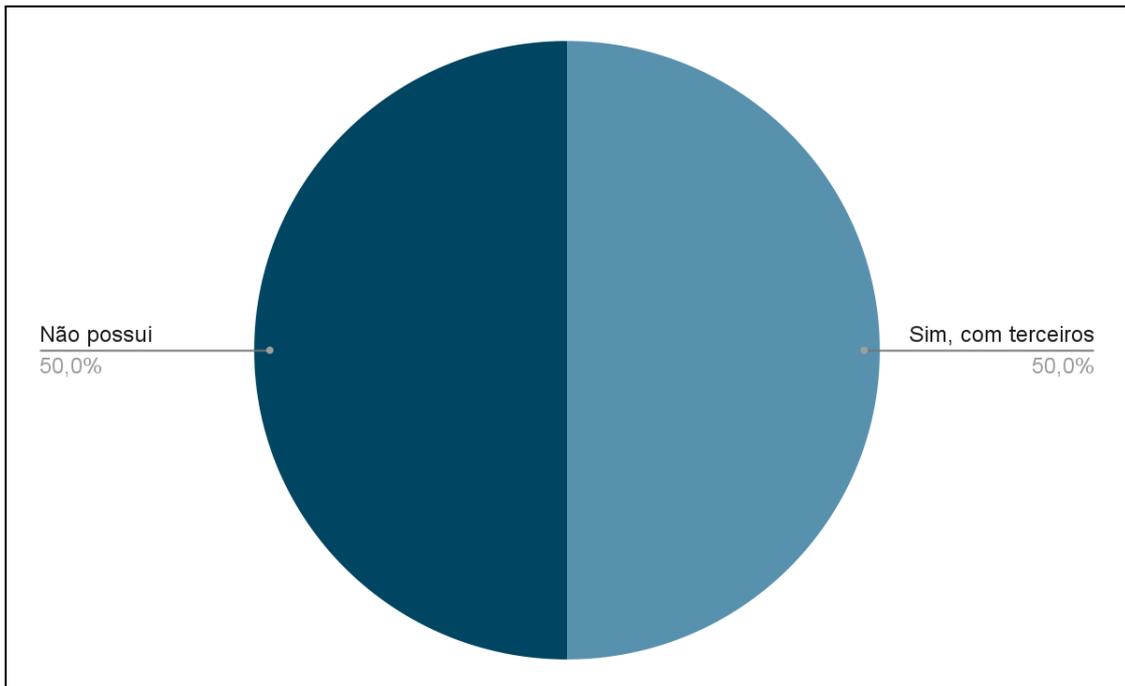
Gráfico 10 - CTPS



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Sobre a CTPS, 37,5% (3) pessoas afirmaram que possuem e deixam no Centro Pop, 25% (2) deixam em posse de terceiros e 37,5% (3) não possuem.

Gráfico 11 – Título de Eleitor



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

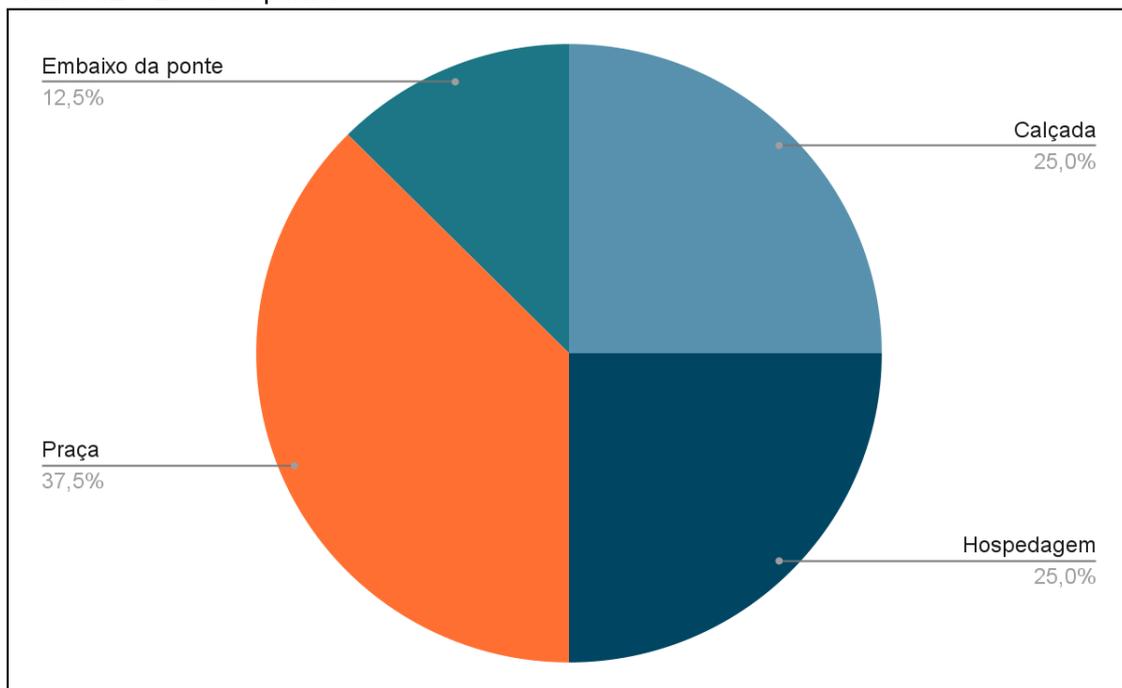
Sobre o título de eleitor, 50% (4) dos entrevistados informaram que possuem e

deixam com terceiros e 50% (4) não possuem. Considerando os resultados desta pesquisa e trazendo novamente à tona, os resultados da pesquisa do IJSN de 2018, contidos no item Caracterização da população de rua deste trabalho, relativos à ausência de documentação, é necessário realizar alguns apontamentos, quando realizamos comparativo com outras pesquisas realizadas. Em nível nacional, a Política para Inclusão Social da População em Situação de rua de 2008, apontou que:

24,8% das pessoas em situação de rua não possuem quaisquer documentos de identificação, o que dificulta a obtenção de emprego formal, o acesso aos serviços e programas governamentais e o exercício da cidadania. Não possuem título de eleitor 61,6%, carteira de trabalho 59,9%, CPF 57,4%, certidão de nascimento ou de casamento 49,2% e carteira de identidade 40,7%. Possuem todos os documentos de identificação mencionados apenas 21,9% (BRASIL, 2008, p. 11-12).

Observa-se que, considerando as lacunas de tempo, em comparação com outras pesquisas a nível nacional e da região metropolitana da grande Vitória, os participantes da pesquisa compõem um panorama positivo no que tange à documentação civil, onde apenas 12,5% não possuía RG e CPF, fato que podemos destacar como um bom atendimento do município com relação às políticas públicas voltadas para essa questão.

Gráfico 12 – Local de pernoite

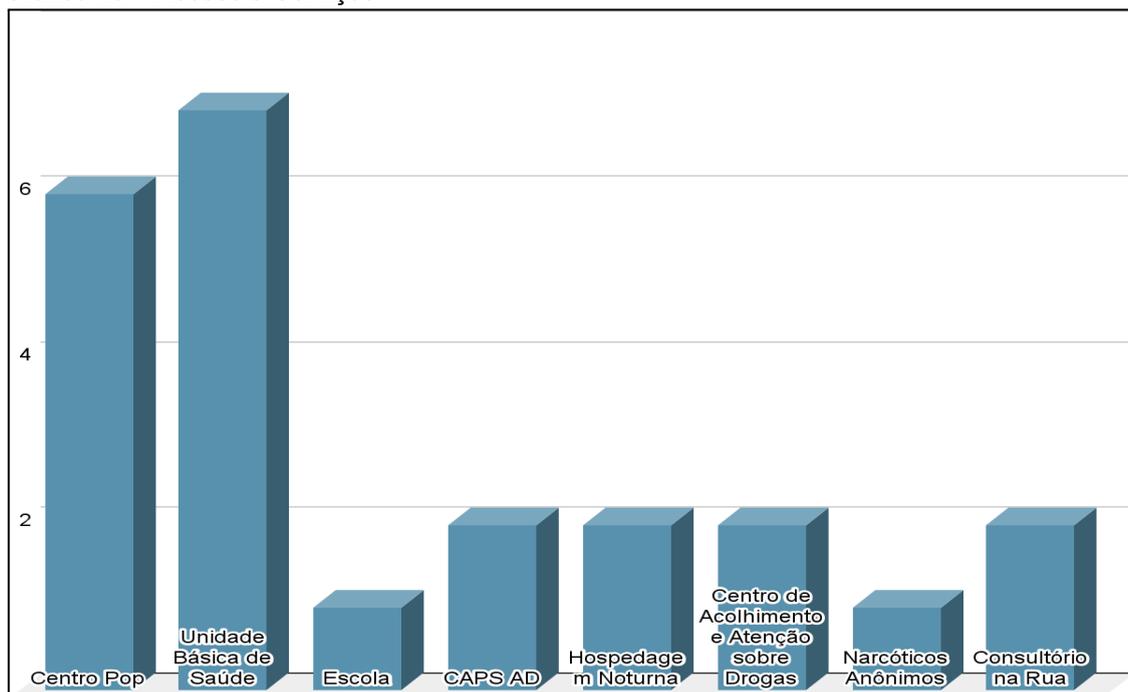


Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Quando perguntados sobre o local de pernoite, 37,5% (3) dos entrevistados

responderam que pernoitam em praças, 25% (2) afirmaram que dormem na calçada, 25% (2) verbalizaram que pernoitam na Hospedagem Noturna e 12,5% (1) afirmou pernoitar debaixo da ponte. A maior parte das pessoas que se encontram em situação de rua na RMGV, conforme a pesquisa mencionada do IJSN, no item Caracterização da População de rua da Grande Vitória, vivenciam esta situação de pernoitar em ruas, abrigos/albergues a um longo período.

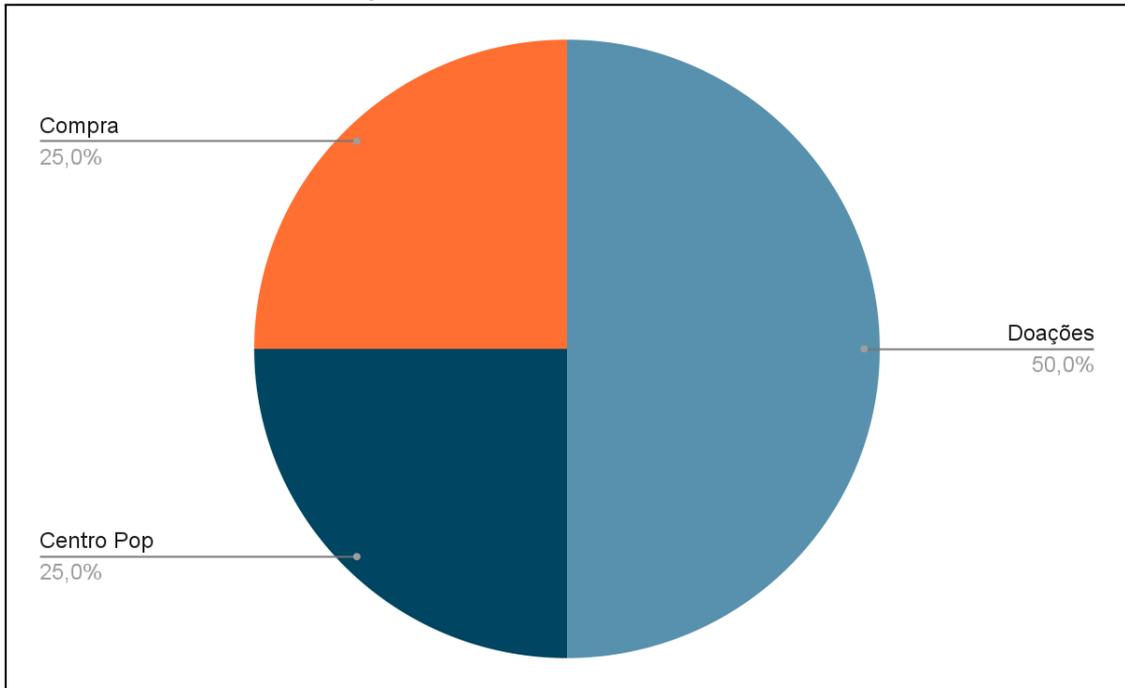
Gráfico 13 – Acesso a Serviços



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Sobre o acesso aos serviços, 6 pessoas declararam acessar o Centro Pop, 7 pessoas acessaram a Unidade Básica de Saúde, 1 acessa a escola, 2 acessam o CAPS AD, 2 pessoas acessam o Centro de Acolhimento e Atenção sobre Drogas e 1 pessoa acessa o Narcóticos Anônimos.

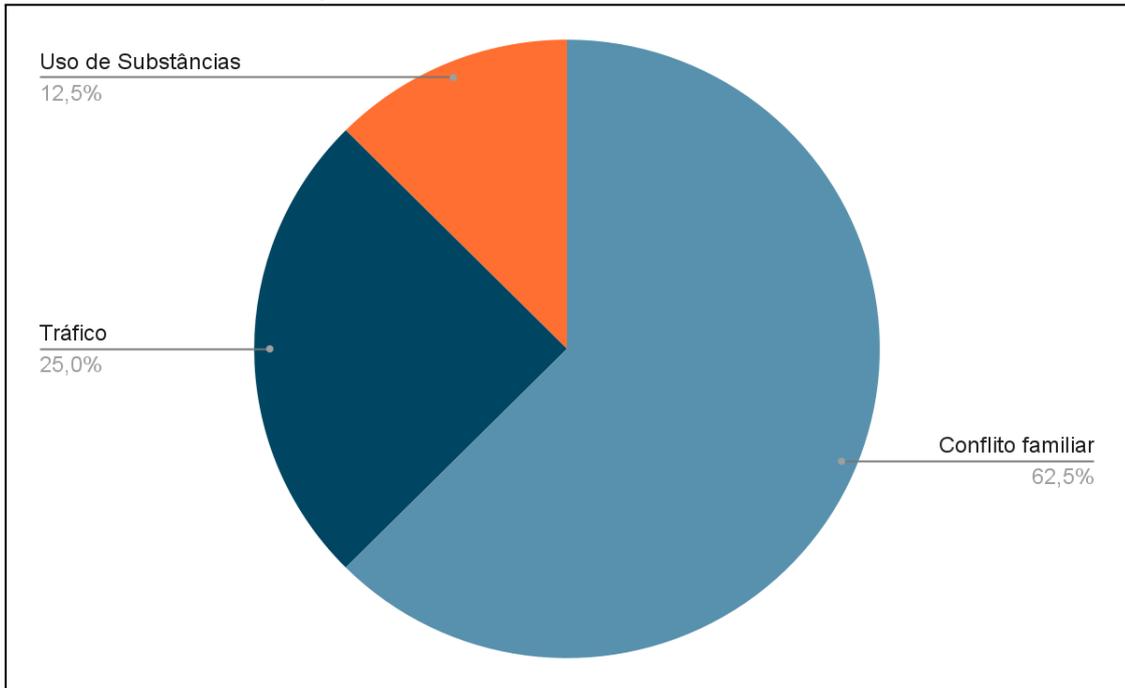
Gráfico 14 – Como obtém refeições



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Quando perguntados como obtém suas refeições, 25% (2) afirmaram que se alimentam no Centro Pop, 25% (2) verbalizaram que compram e 50% (4) participantes responderam que recebem doações. Esse é um fato que divide opiniões e gera muita discussão em Jardim da Penha, pois uma parte dos moradores do bairro consideram um gesto solidário, necessário e humano, porém outra parcela considera uma atitude que gera a manutenção da permanência das pessoas em situação de rua em frente a uma grande rede de supermercados local.

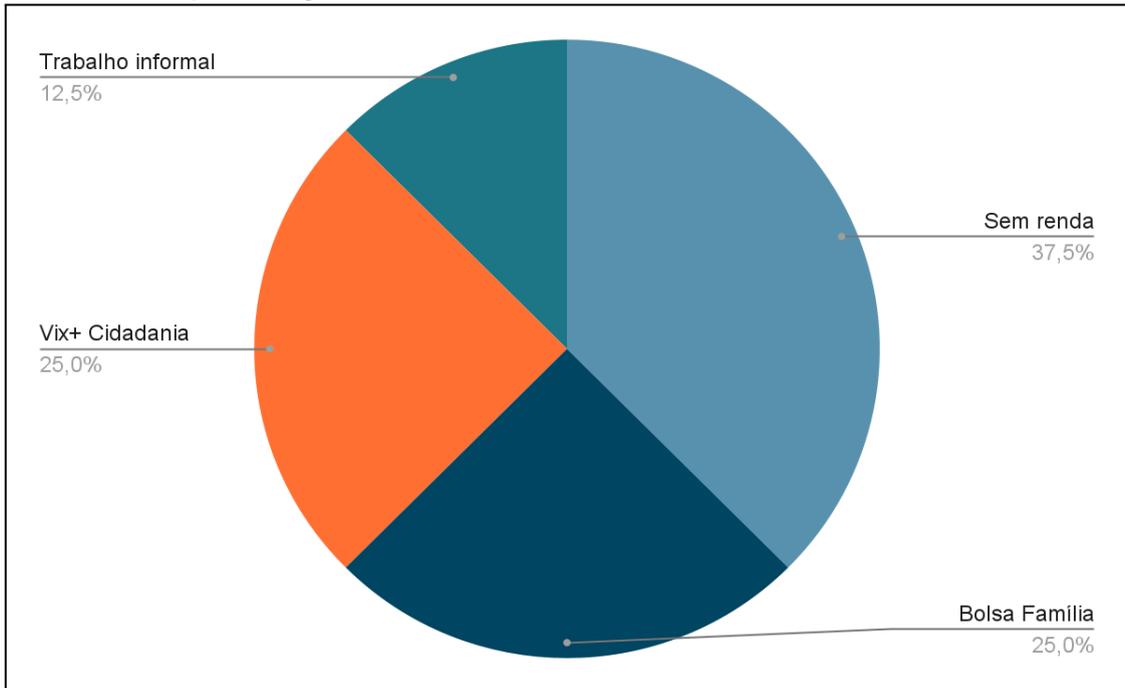
Gráfico 15 – Motivo de ida para a rua



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Quando perguntados sobre o motivo de ida para as ruas, 62,5% (5) participantes informaram que foi devido a conflitos familiares, 25% (2) informaram que devido a envolvimento com o Tráfico de drogas e 12,5% (1) devido ao uso de Substâncias Psicoativas. Os números mostram-se correspondentes à pesquisa do IJSN, que apontou que dentre as respostas, destacaram-se com maior frequência: problemas familiares 29,6%, uso de drogas ilícitas 17,3%, alcoolismo 8,9%, dentre outros.

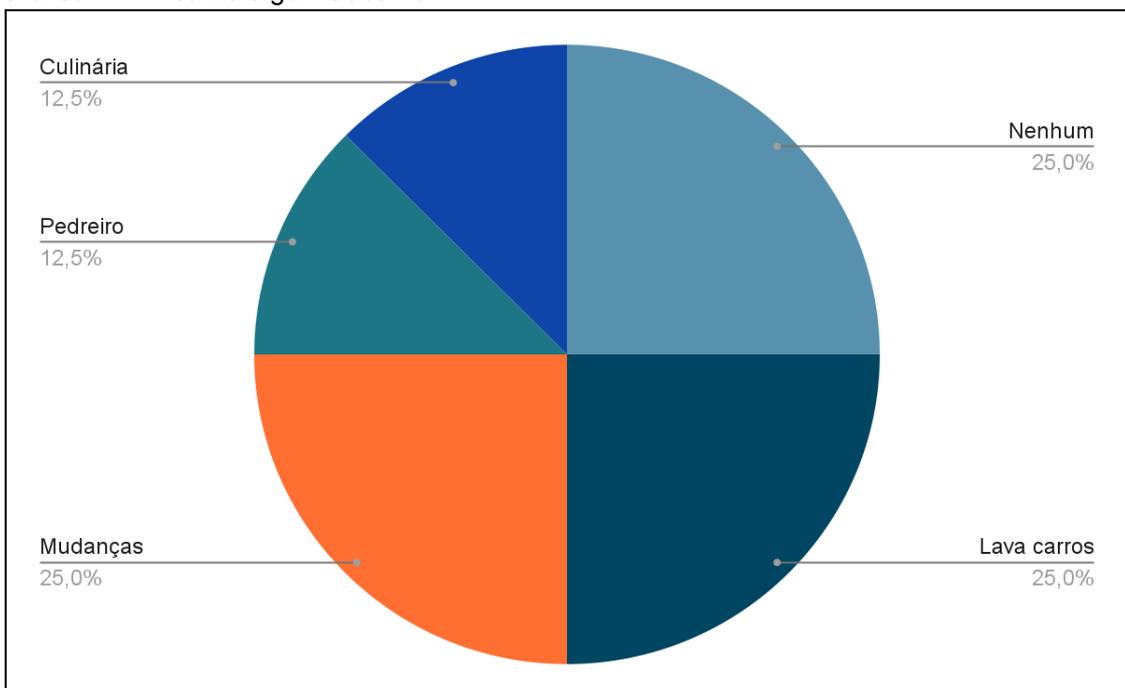
Gráfico 16 – Dispõe de alguma renda?



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Quando perguntados se dispõem de alguma renda, 37,5% (3) responderam que não dispõem de nenhuma renda, 25% (2) informaram que recebem o Bolsa Família, 25% (2) verbalizaram que recebem o Vix+ Cidadania (benefício municipal) e 12,5% (1) recebe renda por meio de trabalho informal.

Gráfico 17 – Realiza algum trabalho?



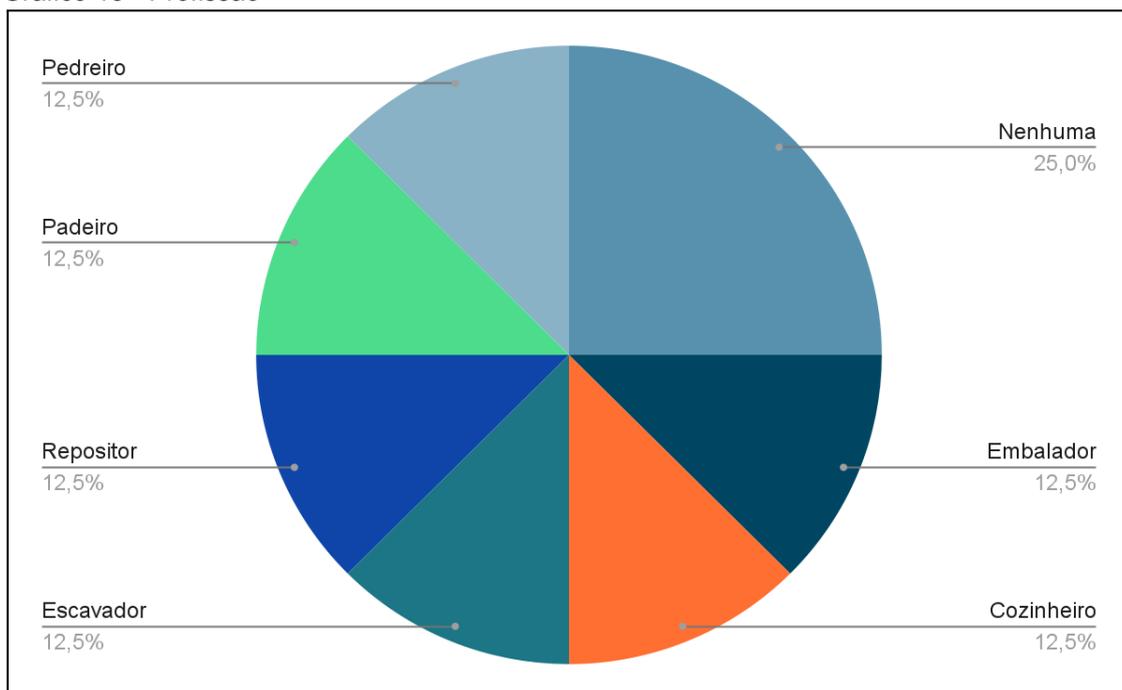
Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Referente ao trabalho, 25% (2) informaram que não desempenham nenhum trabalho, 25% (2) lavam carros, 25% (2) trabalham realizando mudanças, 12,5% (1) trabalha na área de culinária e 12,5% (1) trabalha como pedreiro. Vale destacar que todos que informaram que trabalham, desempenham suas funções de maneira informal.

Já na condição de em situação de rua, o trabalho realizado por cerca de 70% das pessoas configura-se como o principal meio de obtenção de recursos. Destacam-se a catação de materiais recicláveis (27,5%), as atividades ligadas a cuidados com veículos, como guardar e limpar (14,1%), a construção civil (6,3%), serviços de limpeza (4,2%) e serviços de carregamento/estiva (3,1%), registrando-se que apenas 15,7% pedem dinheiro como principal recurso para a sobrevivência (BRASIL, 2008).

As respostas dos participantes deste estudo dialogam com alguns dos trabalhos apontados por outras pesquisas como principais meios de obtenção de renda.

Gráfico 18 - Profissão



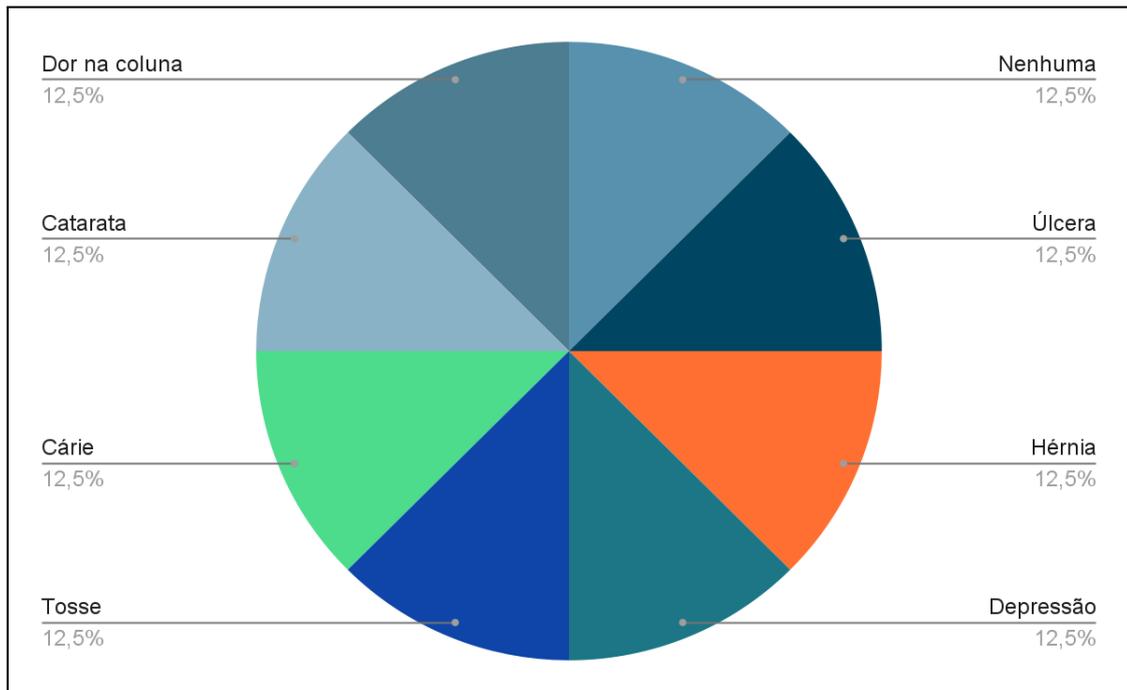
Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Sobre a questão da profissão, 25% (2) informaram que não possui nenhuma profissão, 12,5% (1) é embalador, 12,5% (1) cozinheiro, 12,5% (1) escavador, 12,5% (1) repositor, 12,5% (1) padeiro e 12,5% (1) pedreiro. Entre as profissões mais citadas destacam-se aquelas ligadas à construção civil (27,2%), ao comércio (4,4%), ao trabalho doméstico (4,4%) e à mecânica (4,1%) (BRASIL, 2008). As profissões

dos participantes encontram-se dentro do rol de atividades apontadas em outras pesquisas.

4.3 BLOCO II - SOBRE A SAÚDE

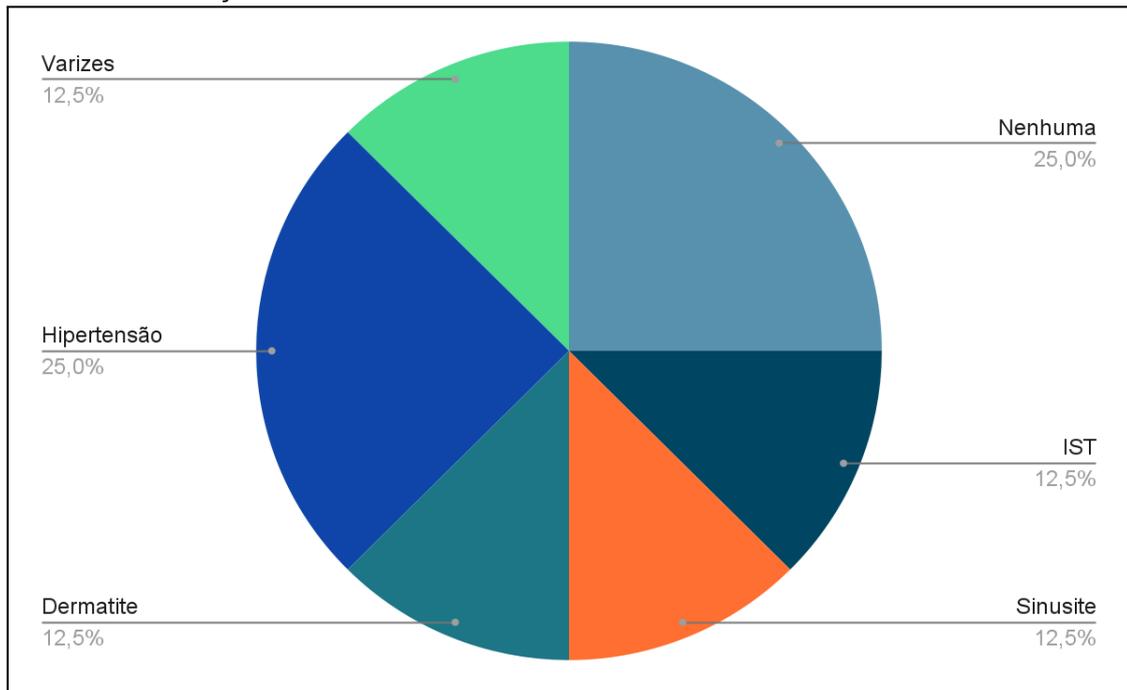
Gráfico 19 – Queixa de saúde imediata



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Se possui alguma queixa de saúde mediata, 12,5% (1) informou que não, 12,5% (1) afirma ter úlcera, 12,5% (1) Hérnia de disco, 12,5% (1) depressão, 12,5% (1) tosse, 12,5% (1) cárie, 12,5% (1) catarata e 12,5% (1) dor na coluna.

Gráfico 20 – Doenças Crônicas

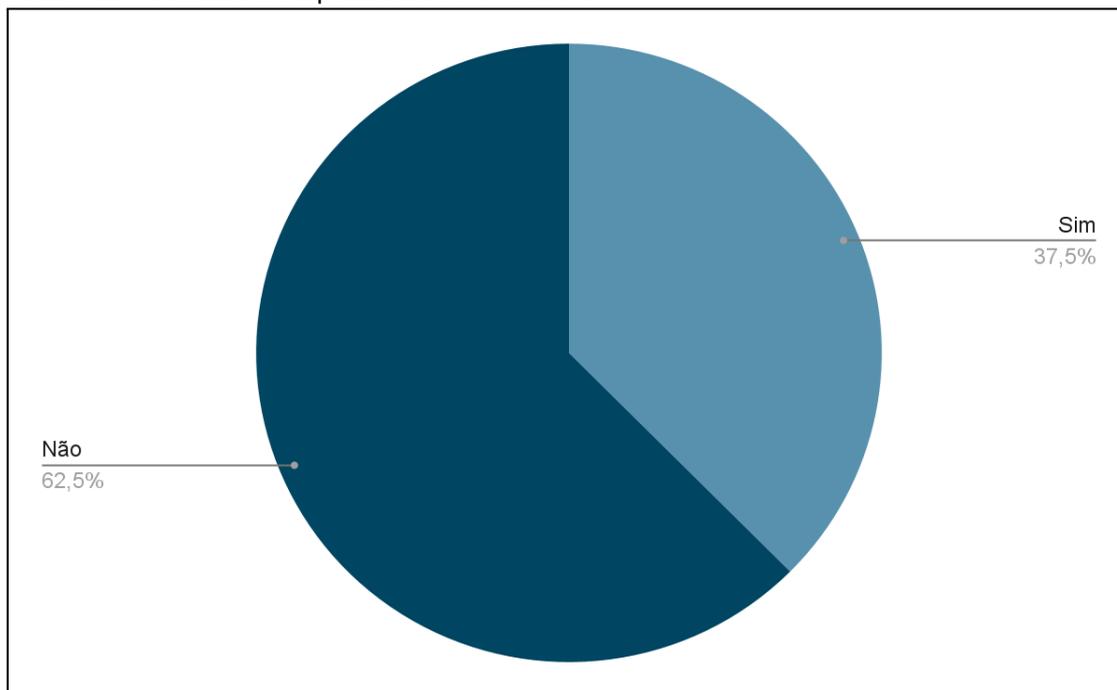


Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Verificamos que foram muitas as indicações de problemas de saúde, tais como doenças infectocontagiosas, doenças sexualmente transmissíveis, doenças mentais, problemas de saúde bucal, entre outros. Assim, é preciso que a política de saúde seja efetivada antes. (ARAÚJO, 2014, p.167).

Referente a doenças crônicas, 25% (2) informaram não terem nenhuma doença crônica, 25% (2) informaram ter hipertensão, 12,5% (1) ser portador Infecção Sexualmente Transmissível, 12,5% (1) ter Sinusite, 12,5% (1) declarou que possui Dermatite, 12,5% (1) apresenta Varizes.

Gráfico 21 – Realiza acompanhamento de saúde?



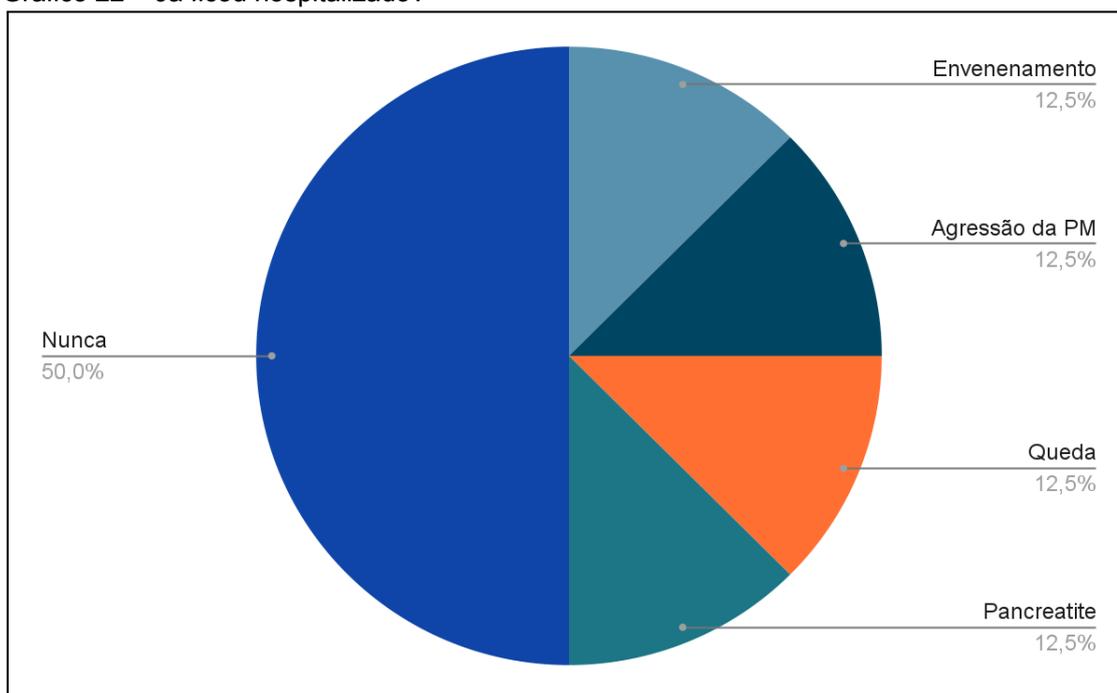
Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Ao serem perguntados se realizam acompanhamento de saúde, 37,5% (3) informaram que sim e 62,5% (5) participantes responderam que não.

Diante do déficit de autocuidado, algumas intervenções de educação em saúde podem ser implementadas para guiar, orientar, proporcionar apoio físico, psicológico, ensinar e proporcionar desenvolvimento pessoal a pessoas em vulnerabilidade social [...] a pessoa em situação de rua precisa ter uma visibilidade quando se trata de prevenção e promoção à saúde, visto que estão vulneráveis a diversas doenças e ao déficit de autocuidado (ANDRADE et al, 2021, p. 420)

A literatura já aponta o déficit do autocuidado como característico das pessoas em situação de rua, mas não devemos nos ater em culpabilizá-los por isso, compreendendo essa questão como falta de acompanhamento, onde falta uma conscientização das equipes de saúde sobre a importância do autocuidado de forma a provocar uma reflexão acerca desse tema com a população citada.

Gráfico 22 – Já ficou hospitalizado?



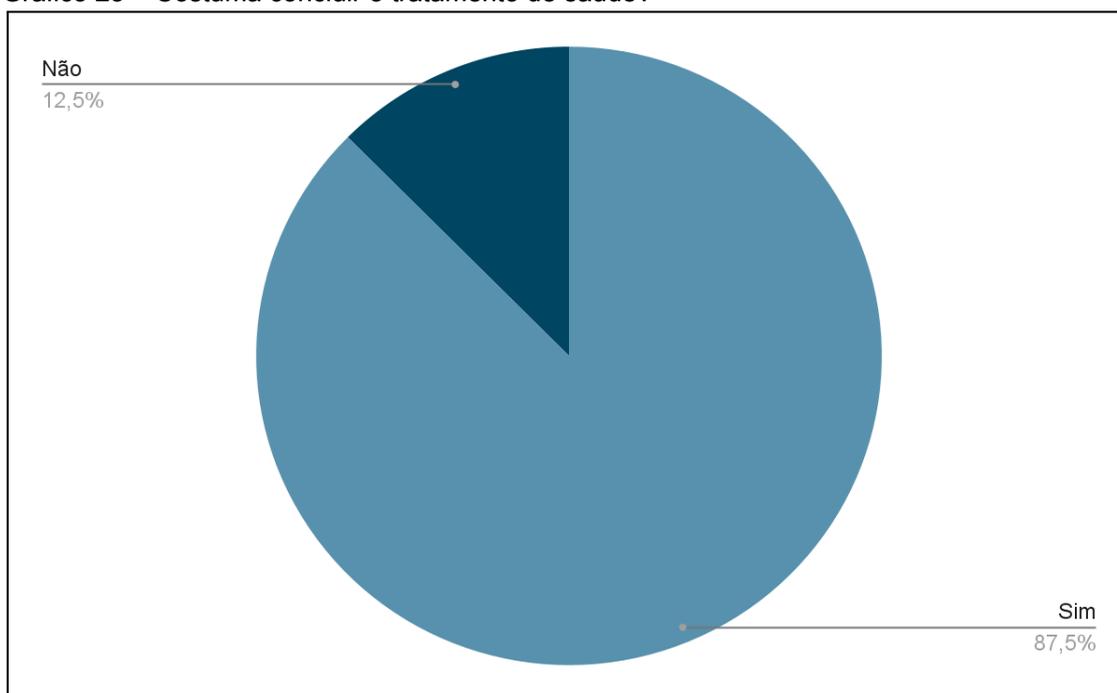
Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Referente à hospitalização, 50% (4) informaram que nunca ficaram hospitalizados, 12,5% (1) informou que já ficou internado por motivo de envenenamento, 12,5% (1) devido a agressão da Polícia Militar, 12,5% (1) devido a deslocamento do cotovelo e 12,5% (1) devido a uma pancreatite.

A literatura aponta historicamente a questão da violência de agentes da segurança pública contra pessoas em situação de rua, conforme mencionado no item Gênese da população em situação de rua capixaba, especialmente na capital, a ação do poder público para com essa população, quando acontecia, não era em seu benefício, tinha finalidade higienista ou repressiva, assim como se dava nas demais grandes cidades e capitais das províncias do Brasil.

Conforme exposto, alguns usuários do Centro Pop relataram em atendimentos realizados no referido serviço em 2022, que agentes da segurança pública encapuzados realizavam abordagens noturnas nos bairros Jardim da Penha e Centro, recolhendo seus pertences como colchões, mochilas, papelões e documentos, agindo com intimidação, ameaças e agressões físicas, orientando que se retirassem desses locais para não sofrer consequências.

Gráfico 23 – Costuma concluir o tratamento de saúde?



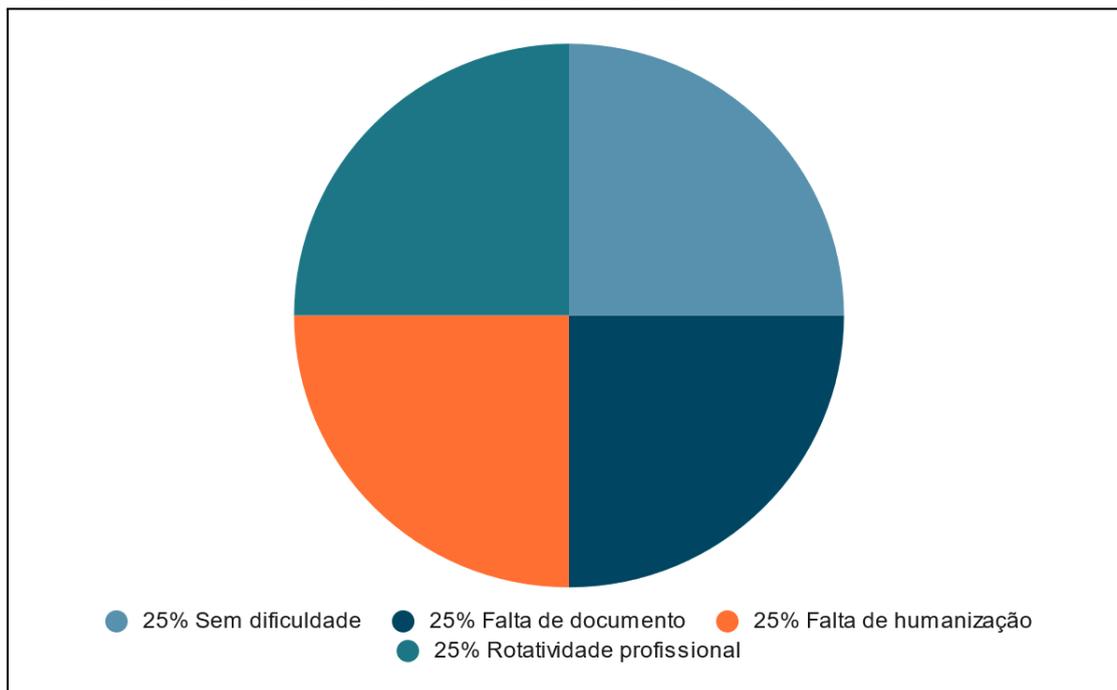
Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Ao serem perguntados se costumam concluir o tratamento de saúde, 87,5% (7) entrevistados responderam que sim e 12,5% (1) respondeu que não. Dessa forma, é possível perceber que diante de queixas imediatas de saúde, os participantes buscaram realmente seguirem os tratamentos propostos pela equipe médica, porém para doenças crônicas, houve um descaso no autocuidado.

4.4 BLOCO III - ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Dos entrevistados referentes à UBS - Centro, 25% (1) afirmou que não houveram dificuldades no atendimento da Unidade, 25% (1) verbalizou que não houve acesso devido à falta de documentação, 50% (2) afirmaram que não houve humanização no atendimento e 25% (1) informou que a rotatividade de médicos interferiu negativamente em seu acompanhamento. Conforme gráfico abaixo:

Gráfico 24 – Encontrou dificuldade no atendimento da UBS – Centro?



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Mudança do corpo clínico, o médico que atendia era um, virou outro de 2 semanas para cá. Atrapalhou meu atendimento, era acompanhado por A, virou B, seu processo zera né. Um seguia com uma linha na medicação, o outro já alterou as medicações e posologia toda, e o efeito da dose que eu tomava estava excelente, agora não está mais surtindo o efeito desejado porque o médico atual tem outro entendimento. (GABRIEL)¹¹

Cada um apresenta um entendimento sobre seu quadro de saúde e conseqüentemente prescreve as medicações e dosagens diferentes, fato que dificulta a melhora no quadro. Assim, considerando que a saída de um servidor que já domina os processos internos da organização pode demorar a ser reparada, a rotatividade tende a se apresentar como um problema para as instituições (CAMPOS e MALIK, 2008; ECKERT et al., 2011; LINHARES, 2014).

Já tive dificuldade no atendimento sim, por não ter documentos. Eu estava sem documento na época. Eu só consegui ser atendido depois que o Consultório na Rua, fez tipo um pequeno cadastro pra mim, para poder ser atendido sem documento. (SAELTIEL)

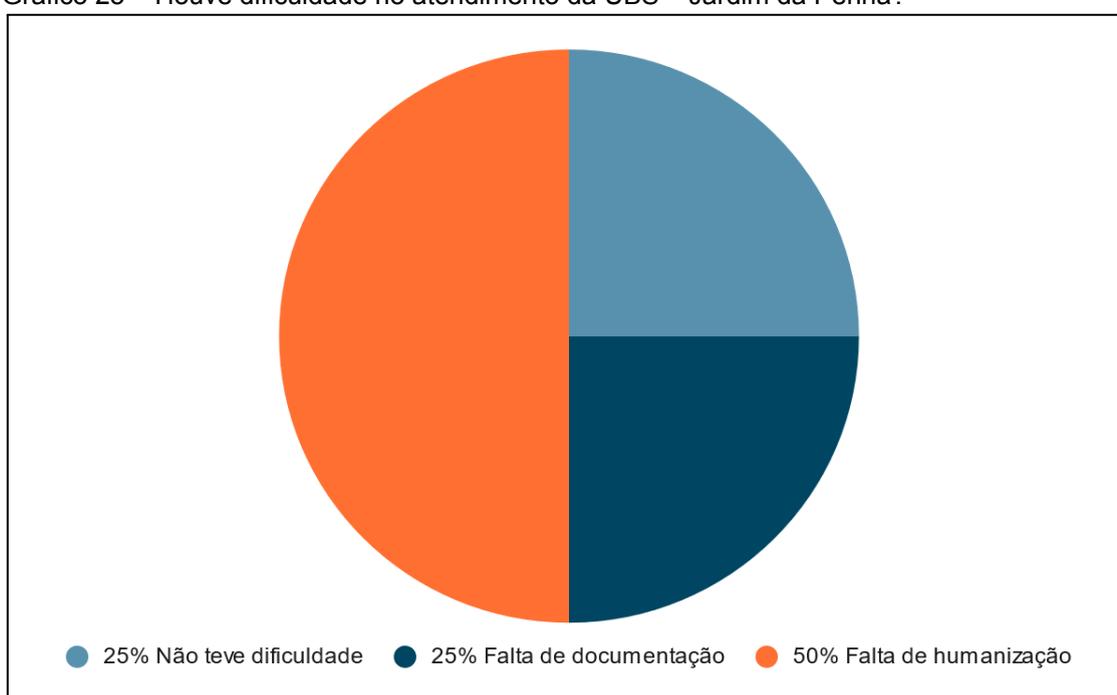
É interessante destacar com relação à documentação que nem sempre estão em posse destes no momento do acesso aos serviços de saúde, por resguardarem os mesmos em posse de terceiros ou nos serviços de assistência social do município,

¹¹ As respostas dos entrevistados não passaram por nenhuma revisão gramatical, sendo colocadas na íntegra para não alterar a fidedignidade do relato.

devido a situações como perda, roubo ou deterioração devido às condições climáticas. Por conta da distância para buscar, ou pelo fato de estarem na rua e serem acometidos por alguma questão de saúde, buscam o atendimento nas UBS sem estarem com seus documentos.

“Quando vamos na unidade de saúde, queremos melhorar, tem que nos tratar com educação, sinceridade, mais calma, conversar, numa conversa a gente se abre, com respeito, precisam aprender a lidar com as pessoas em situação de rua.” (RAFAEL)

Gráfico 25 – Houve dificuldade no atendimento da UBS – Jardim da Penha?



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Dos entrevistados do território de Jardim da Penha, 25% (1) informou que não teve dificuldade, 25% (1) verbalizou que a falta de documentação impediu seu atendimento e 50% (2) declararam que a falta de humanização no atendimento dificultou seu acesso.

Tive dificuldade para ser atendido sem documentos. Achar que você não é morador de rua, aí tem que vir primeiramente, o consultório de rua pra você fazer uma consulta. Aí se você não tiver documento, você não recebe atendimento ali. O remédio controlado que você usa, primeiramente chega até eles, mesmo tendo meu prontuário, precisou o consultório de rua ter que chegar lá pra poder providenciar as receitas das medicações que eu tenho hoje. Então o atendimento deles é só assim. Só com o consultório para me atenderem. (URIEL)

Conforme mencionado no início do capítulo I, no item pessoas em situação de rua: quem são e como se constituem deste trabalho,

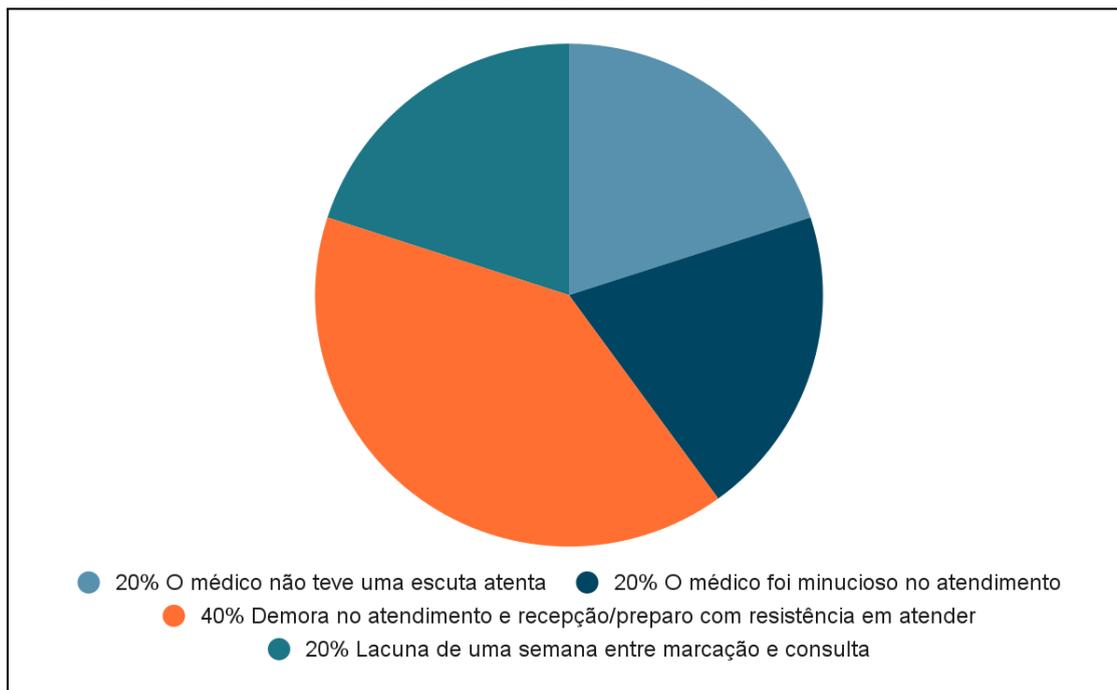
A condição de invisibilidade é reforçada, ainda, pela falta de documentação necessária para acessar serviços e benefícios sociais que o Estado garante. A “indocumentação”, um problema muito comum entre os indivíduos que estão em situação de rua, impede, por exemplo, o cadastro em unidades de atenção básica ou a retirada de remédios de uso controlado, já que é preciso apresentar documento de identidade e comprovante de endereço para a confecção do Cartão SUS, embora o Artigo 19 da Portaria nº 940, que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde, dispense a comprovação de endereço domiciliar da população em situação de rua (BARROS, 2015).

Em alguns casos, a ausência de documentação civil também traz algumas implicações, como a dificuldade na reinserção no mercado de trabalho formal, o acesso aos serviços e programas governamentais e o exercício da cidadania. Um dos entrevistados aponta: *“Essa unidade de saúde aqui não dá, não cuida do morador de rua. Nós estamos jogados. Porque a situação de morador de rua diz que tá dando muito problemas por aí em Jardim da Penha. Os moradores acham ruim a nossa presença, e na unidade é muita burocracia pra ser atendido.”* (MIGUEL)

A Política de humanização aponta para um conjunto de diretrizes, as quais orientam, guiam, ofertam direção à ação transformadora. São elas: Acolhimento; Clínica Ampliada; Co-gestão; Valorização do Trabalho e do Trabalhador; Defesa dos Direitos do Usuário, Ambiência e Construção da Memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2008).

Conforme preconizado pela política de Humanização, são pilares básicos o direito à saúde, garantido pelo acesso com vínculo e responsabilização, continuidade do cuidado em rede, garantia de direitos, por meio de inclusão e acolhimento. No item Acesso à saúde deste trabalho, foi feita menção sobre a importância da efetivação dos princípios do SUS, aprofundando na universalização da saúde como direito de cidadania e função do Estado em assegurar esse direito, promovendo o acesso às ações e serviços para todas as pessoas, além da equidade, com objetivo de redução das desigualdades, visto que o público dessa pesquisa difere da população em geral.

Gráfico 26 – Como você avalia o atendimento na UBS – Centro?



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

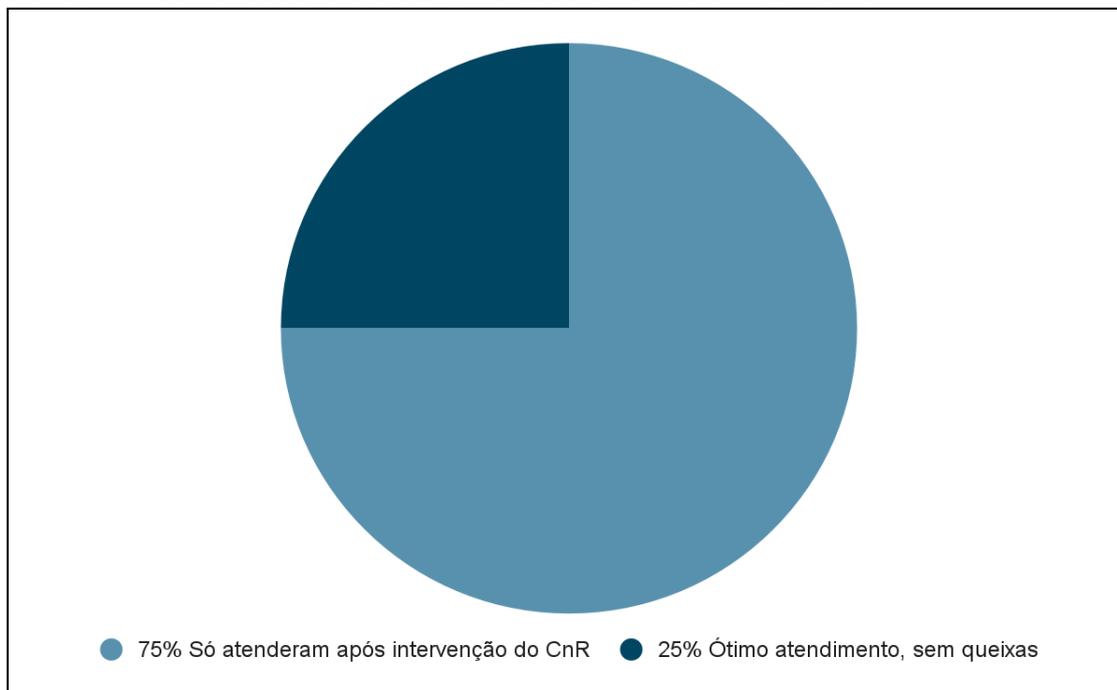
Dentre as respostas, 20% (1) respondeu que o médico foi bem minucioso no atendimento, 20% (1) dos participantes verbalizou que o médico não teve uma escuta atenta, 40% (2) verbalizaram que o atendimento foi muito demorado na recepção/preparo, com resistência em atender e 20% (1) informou que existe uma lacuna de uma semana entre marcação e consulta. Dessa forma, percebemos questionamentos nos diferentes níveis de acesso, sendo estes, a recepção, o preparo, conseqüentemente gerando dificuldades no acesso à consulta médica.

Isto é só para mim, é a questão da unidade de saúde, esse sobrecarregamento, falta de médicos isso é notório. E o serviço, prestado com uma certa resistência, é isso, um pouco de má vontade lá. Se eu quiser hoje marcar uma consulta para terça que vem, eu não posso. Na terça que vem, eu marco para outra terça. Tem que ser só com uma semana de antecedência. (GABRIEL)

Os participantes problematizam a atenção e o cuidado recebido nos três acessos, classificando-os como insatisfatórios, já que observaram que houve resistência no atendimento. Outra variável seria o tempo, referindo-se a demora que houve para o atendimento se concretizar e a lacuna mencionada entre marcação e consulta que no caso, levou uma semana para ocorrer. Conforme citado por CHRYSTAL (2015), na justificativa deste trabalho, “Por apresentar dificuldades em acessar serviços de

atenção básica e especializada, utiliza hospitais e prontos-socorros com mais frequência”. Esse fato pode incentivar ainda mais essa população a buscar os serviços de urgência e emergência.

Gráfico 27 – Como você avalia o atendimento da UBS – Jardim da Penha?



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Dentre os participantes do território de Jardim da Penha, 25% (1) afirmou que o atendimento foi ótimo, porém os outros 75% (3) informaram que só conseguiram acessar o referido serviço de saúde após intervenção do Consultório na Rua. Um dos entrevistados relata: *“Então estou em situação de rua. Mas tem que parar. Tem que parar os carros (do consultório na rua) para podermos ter uma oportunidade”* (URIEL)

A primeira vez que fui para atendimento sozinho, não me atenderam, na segunda vez que o consultório veio, consegui. Não precisava do consultório vir, só para falar que somos moradores de rua. Eu podia ir lá com minha identidade para puxar os remédios que eu tomo. Então na primeira vez eu fui maltratado, né? Mas quando o consultório veio, pegou meus remédios todinhos. Mas se chegar ali só com a identidade, não vai adiantar nada não. Falando que é morador de rua. Não tem como ali. Eles enrolam. Primeiramente, o consultório tem que ir lá falar que é morador de rua. Agora nosso prontuário está lá como morador de rua de verdade. (RAFAEL)

Aqui, em Jardim do Penha, só consegui ser atendido depois que o Consultório na Rua me ajudou. Se não fossem eles, não conseguiria marcar uma consulta com um dentista. Aí, depois que eles foram lá comigo, que constatou que sou PSR porque tem um monte de novato lá que não sabe como nos atender. Quando fui sozinho, me falaram que a unidade era só pra atender moradores de Jardim da Penha. E não um morador de rua. Eu

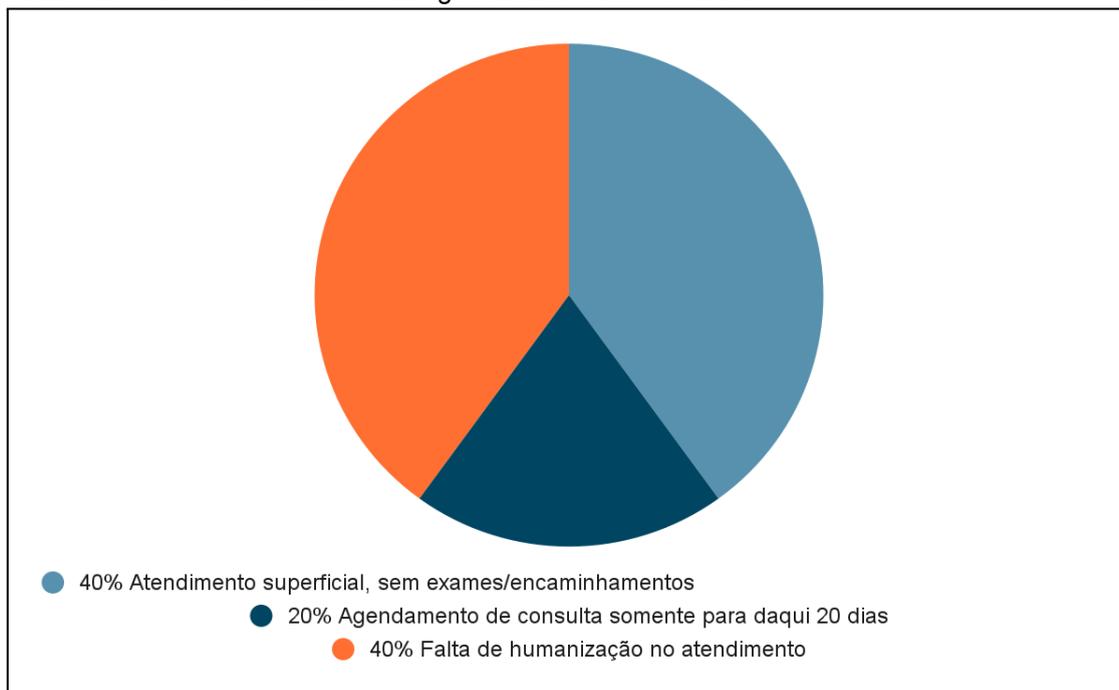
cheguei lá na unidade de saúde e aí eu falei, então vocês não vão me atender? Não. Aí eu peguei o telefone, liguei para o consultório na rua, aí foi lá e constatou com a menina lá. [...] Resolvi esse problema lá para o dia 19, para marcar esse dentista, porque quando eu cheguei lá, falaram que não tinha vaga. Depois, quando eles (consultório) chegaram lá, acharam essa vaga. Isso é exclusão. (MIGUEL)

Conforme mencionado na introdução desta dissertação, o cuidado à saúde da população em situação de rua ocorre por meio do acesso aos serviços disponibilizados através do Consultório na Rua, como forma de busca ativa dessas pessoas para fortalecimento de vínculo com a rede de atenção básica. As principais exigências para atendimento foram documentação e/ou comprovação de residência.

Ora, os pedidos de acesso aos serviços de saúde, em quaisquer unidades para tal, revelam dificuldades de atendimento. Além disso, em Vitória, não foi possível acessar muitas das unidades de saúde, devido à inexistência de documentação ou de endereço. Outra questão é que, para além do modelo territorializado de atenção, a imposição de limites à atenção para a população em situação de rua e a rigidez dos horários e fluxos de trabalho também dificultam o processo (ARAÚJO, 2014, p.167).

Na referida citação, a realidade de 2014 no município apresenta estreita similaridade com a realidade atual compartilhada pelos participantes da pesquisa, haja vista a tentativa equivocada de padronizar um público diferenciado como a população em situação de rua nos moldes tradicionais da população domiciliada, já que estes utilizam, “logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente (BRASIL, 2009). Dessa forma, não faz sentido a exigência da comprovação de residência, nem de documentação civil.

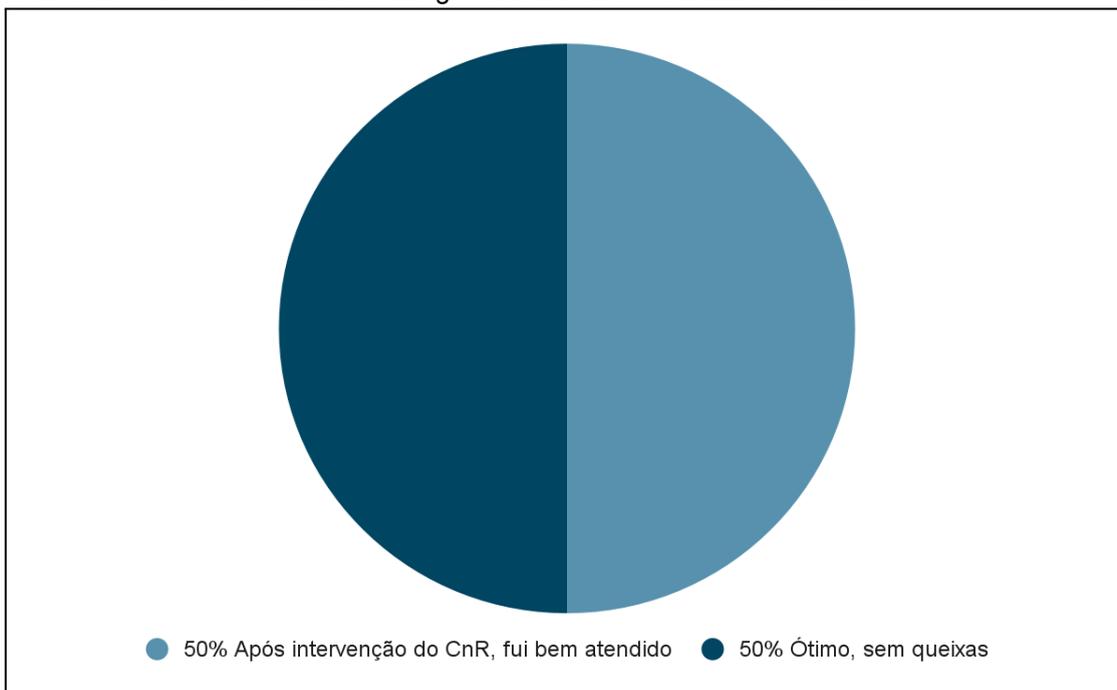
Gráfico 28 – Você foi acolhido como gostaria na UBS – Centro?



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Sobre a questão colocada, 40% (2) participantes consideraram o atendimento superficial, sem solicitação de exames ou encaminhamentos, 40% (2) observaram a falta de humanização no atendimento e 20% (1) se queixou do agendamento de consulta somente para 20 dias após a data da solicitação. Sendo assim, ações e programas devem ser pensados para promover o respeito à diversidade e garantir o atendimento integral a populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social. Uma entrevistada relata: *“Você vai pra marcar a consulta, dependendo da data leva mais ou menos, cerca de 20 a 25 dias. Porque é sempre no início do mês que é aberta a agenda”* (RAFAELA).

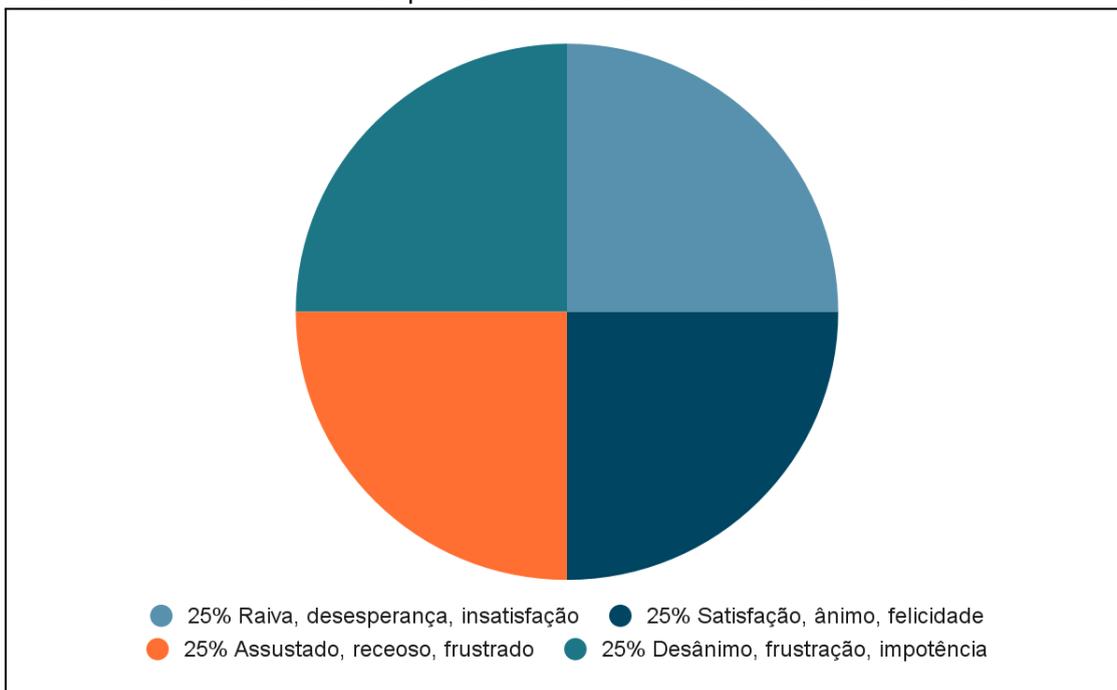
Gráfico 29 – Você foi acolhido como gostaria na UBS – Jardim da Penha?



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Dentre os entrevistados, 50% (2) relataram que o atendimento foi ótimo e 50% (2) responderam que só conseguiram acessar o respectivo serviço de saúde após intervenção do Consultório na Rua. Ou seja, em metade dos casos, a mediação do Consultório na Rua foi necessária para garantir o atendimento dessa população nas UBS, como forma de “comprovar” que a pessoa realmente estava em situação de rua.

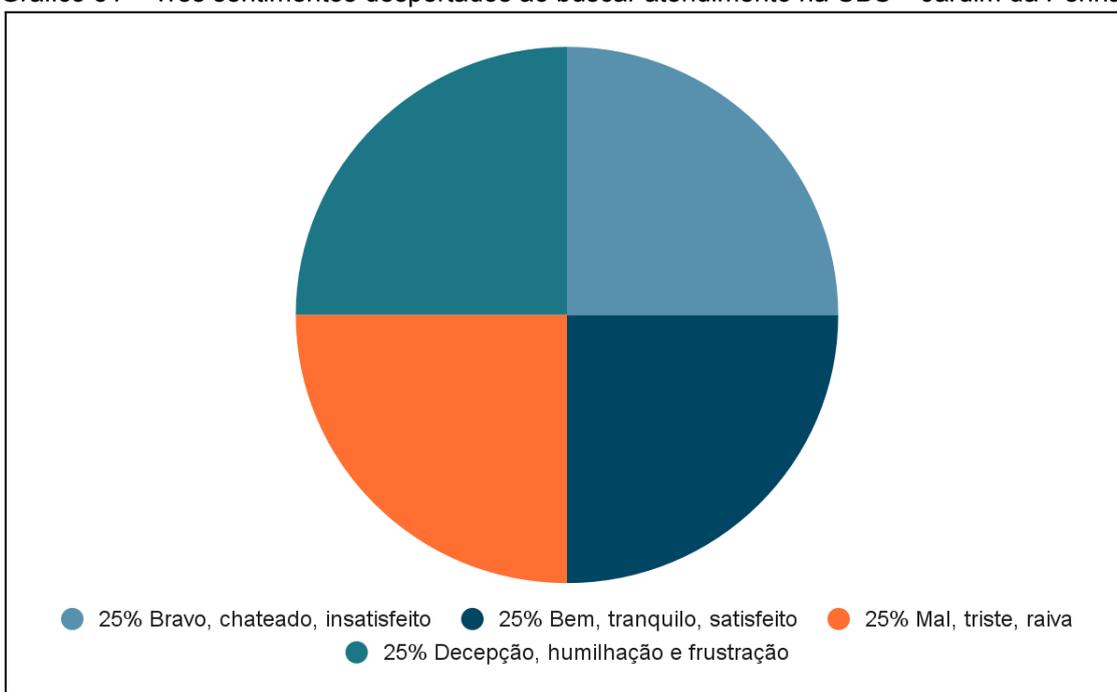
Gráfico 30 – Três sentimentos despertados ao buscar atendimento na UBS - Centro



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Dentre os participantes, 25% (1) respondeu Satisfação, Ânimo e Felicidade, 25% (1) verbalizou Raiva, Desesperança e Insatisfação, 25% (1) demarcou os sentimentos Assustado, Receoso e Frustrado e 25% (1) Desânimo, Frustração e Impotência.

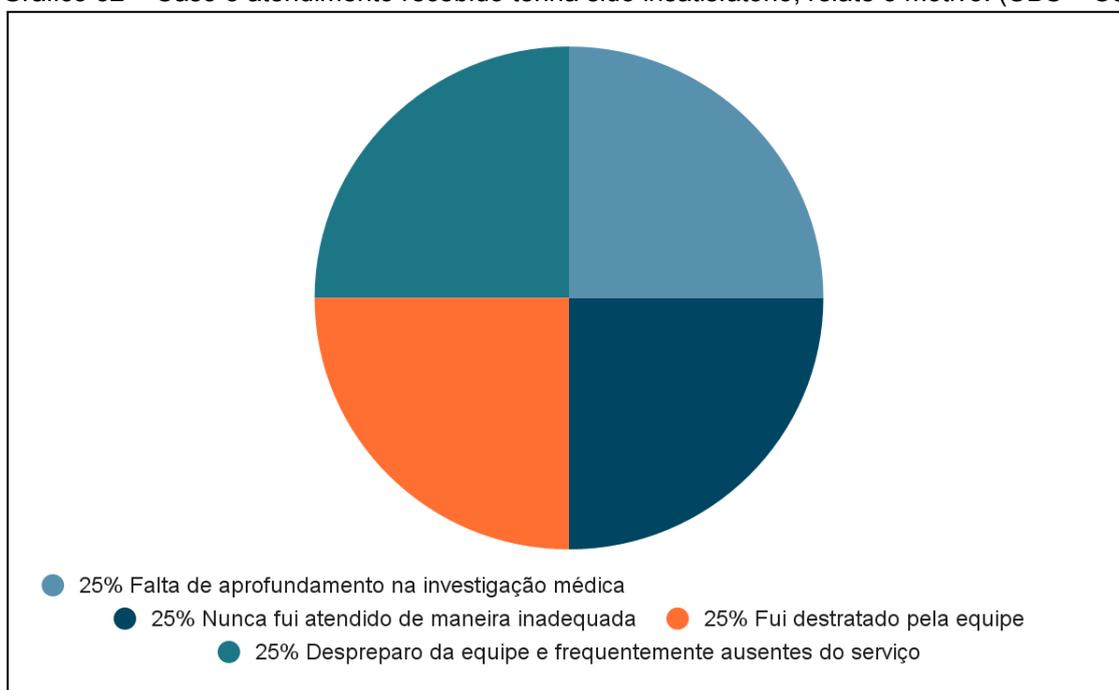
Gráfico 31 – Três sentimentos despertados ao buscar atendimento na UBS – Jardim da Penha



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Os entrevistados responderam: 25% (1) Bem, Tranquilo, Satisfeito, 25% (1) Bravo, Chateado, Insatisfeito, 25% (1) Mal, Triste, Raiva, 25% (1) Decepção, Humilhação e Frustração. Considerando que em ambos os territórios, 75% expressaram sentimentos negativos, por entrarem em um serviço ao qual não se sentem pertencentes, esse total remete a um histórico de negativas no que se refere não só ao acesso à saúde, mas de direitos humanos, da dignidade da pessoa humana e de cidadania.

Gráfico 32 – Caso o atendimento recebido tenha sido insatisfatório, relate o motivo. (UBS – Centro)



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

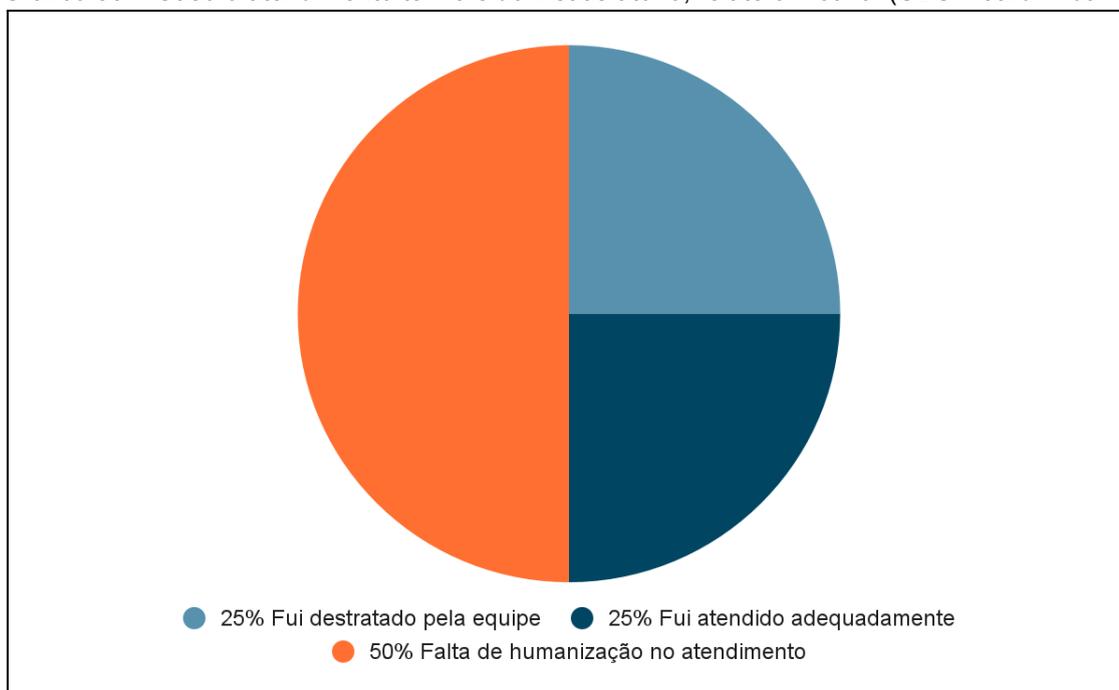
Os participantes trouxeram as seguintes afirmações: 25% (1) verbalizou que nunca foi atendido de maneira inadequada, 25% (1) considerou que houve falta de aprofundamento na investigação médica, 25% (1) verbalizou que foi destrutado pela equipe e 25% (1) considerou que houve despreparo da equipe e que ocorreram frequentes ausências do serviço.

Não veio um assistente social falar comigo, procurar saber minhas reais necessidades mesmo me encontrando nessa situação de vulnerabilidade e tendo lá, pessoas próprias para isso. Não tive assessoria nenhuma. Se eu não correr atrás, ninguém corre também não. As pessoas que trabalham com coleta de exames, fiz um exame de sangue, hemograma completo a pedido do doutor, fui extremamente mal atendido. Grosseiramente. É aquele tipo de situação, logo que você passou na hora, se eu quiser gritar, a vontade dá, mas eu sei que vou estar me prejudicando na minha próxima

ida ali. Me encontro na mão daqueles, né? Por minha necessidade. Não é muito inteligente gritar, não que não tenha motivo. Já? Fui tratado com ignorância. Ela não aceitava que eu era a situação de rua aí, e o pessoal do consultório de rua, não tinha ninguém lá, não tinha como comprovar, era só ver se tem algum atendimento meu aqui. Meu histórico você vai ver que eu estou aqui, tem quase um ano sendo atendido nessa unidade. Mas ela não sabia acessar o sistema. Exatamente assim. Então descontou em cima de mim isso daí. Na verdade, na falta de conhecimento dela do próprio serviço, acabou descontando em mim. Ela não conseguia achar meu nome, dentro do próprio sistema. Fui na diretoria da UBS para protestar, rever essa situação, às 15h, só que não tinha ninguém na sala, já havia ido embora, mesmo com o horário de saída, sendo às 16h. Não se encontra ninguém. O pessoal do consultório de rua não se encontrava para confirmar. Calma aí já parte de uma falta de preparo do quadro de funcionários, né? (GABRIEL)

Nesse ponto em específico, se refere ao fato do entrevistado ter discordado de uma conduta e ter buscado outras pessoas da equipe para tentar rever sua situação, porém apesar de circular a unidade a fim de recorrer a outros profissionais, não encontrava ninguém em suas respectivas salas. O mesmo entrevistado abordou sobre o despreparo da equipe no seguinte sentido de não saber consultar seu prontuário para confirmar as informações declaradas, gerando impedimento no acesso.

Gráfico 33 – Caso o atendimento tenha sido insatisfatório, relate o motivo. (UBS – Jardim da Penha)



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

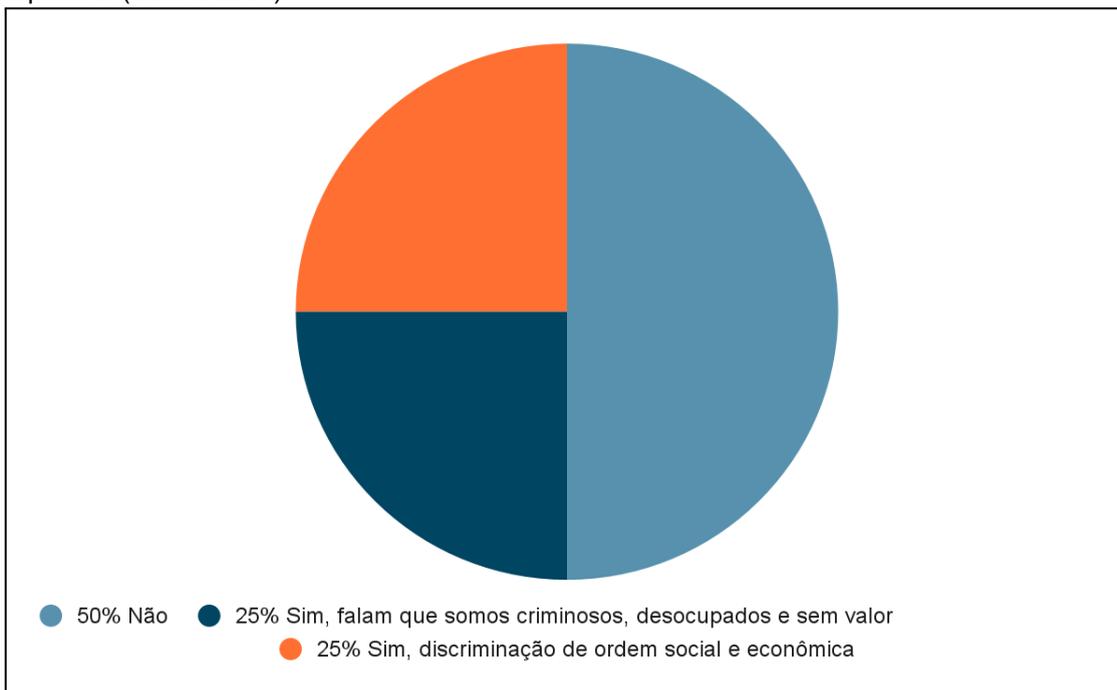
Dentre os entrevistados, 25% (1) relatou que foi atendido adequadamente, 25% (1) afirmou que foi destratado pela equipe e 50% (2) verbalizaram que faltou humanização no atendimento. A participante aponta: “ *É porque a gente é morador de rua. Morador de rua que não tem documento. Aí acham que a gente é só um bicho, entendeu? E a unidade está ali para atender. Entendeu? Eles estão ali para atender moradores de rua. Que nós somos gente igual eles também são.*” (JEHUDIELA)

Fui mordido por um cachorro aqui em Jardim da Penha, quando eu fui no posto de saúde daqui, sabe o que me alegaram, que só tinha 2 vacinas pra morador daqui, aí me mandou ir lá pra Maruípe, no posto de saúde lá, mas se só tinha 2, porque eu não podia tomar nenhuma dessa? Eu me senti constrangido. Ela me afirmou que aqui é só para o pessoal que mora em Jardim da Penha. Mas a gente mora aqui no Jardim da Penha, mas nós mora em rua, situação de rua. Aí não tem direito ao atendimento? Eles acham que a gente que mora em rua, é igual um qualquer aí, mas nós somos ser humano. (MIGUEL)

Segundo Martins (2002) A exclusão moderna é um problema social porque abrange a todos: a uns porque os priva do básico para viver com dignidade, como cidadão; a outros porque lhes impõe o terror da incerteza quanto ao próprio destino e ao destino dos filhos e dos próximos. Para o autor (p.45): “A verdadeira exclusão está na desumanização própria da sociedade contemporânea.”

Nesse sentido, tomar conhecimento das particularidades da população em situação de rua, no que tange a problemas de saúde e dificuldades enfrentadas não sanará a realidade de exclusão social, mas a pesquisa é uma via para que essas questões venham à tona para que sejam propostas ações, por meio de políticas públicas mais equânimes.

Gráfico 34 – Em algum momento você se sentiu discriminado? Se sim, explique como foi e sob quais aspectos. (UBS Centro)



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

No que tange a discriminação, 50% (2) afirmaram que não sofreram nenhum tipo de discriminação, 25% (1) disse que ouviu falas como “criminoso, desocupado e sem valor” e 25% (1) alega que sofreu discriminação de ordem social e econômica.

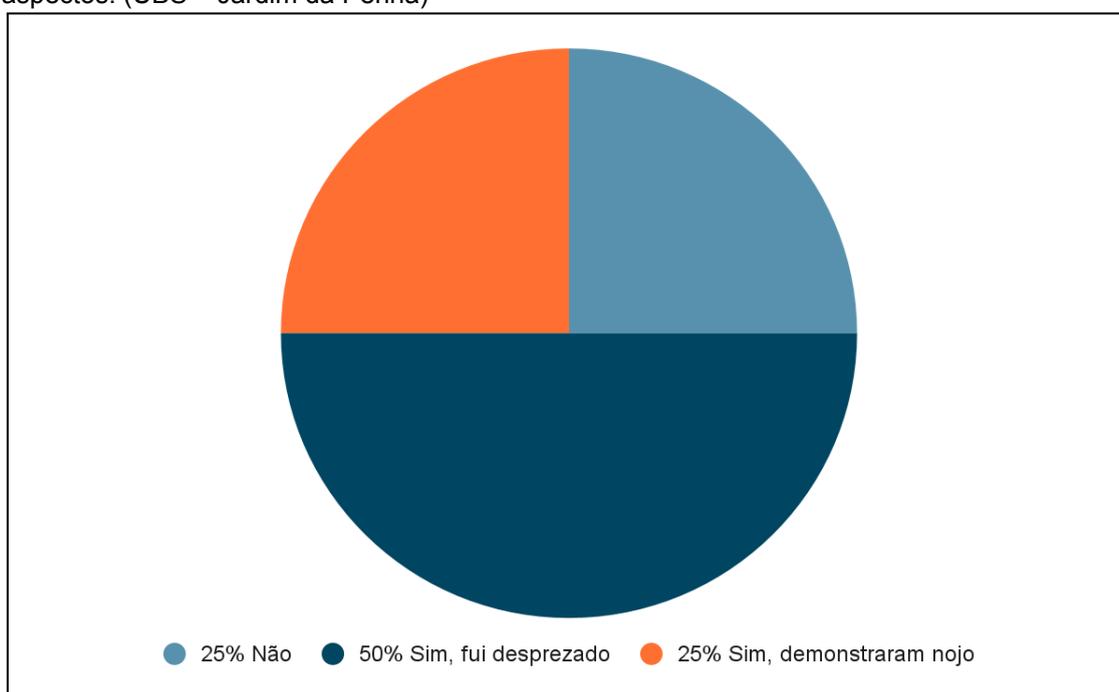
É necessário um olhar mais humanizado sobre nós. Vamos olhar como seres humanos, não como detritos da sociedade. Me senti discriminado por questão social e econômica. Me senti discriminado ao não me perguntarem o que eu precisava. Senhor, tá precisando de que? Em que nós podemos te ajudar? Ao ouvir mais de uma vez que, infelizmente, não poderiam fazer nada. Requisitei lá dentro do telefone da ouvidoria para poder prestar uma queixa. Não me passaram o telefone, não tem cartaz com o telefone da ouvidoria lá, complicado. (GABRIEL)

Outro relato impactante foi feito por um entrevistado que alega: *“Falam que a gente não vale nada, que morador de rua não presta, que é vagabundo criminal, mas não é nada disso nós somos igual a eles é, nós também temos direitos. Eles julgam a gente em situação de rua. Falam que a gente não tem possibilidade de crescer mais.”* (RAFAEL)

Conforme elencado no item pessoas em situação de rua: quem são e como se constituem desta dissertação, outra variável que contribui consideravelmente para a sustentação e aumento desse número populacional é o preconceito direcionado a

esses indivíduos, pois segundo Rodrigues (2015), os indivíduos desprovidos de família, emprego, residência e bens materiais são taxados pela sociedade de mendigos, indigentes, desocupados, vagabundos e uma série de outros estereótipos, dos quais a cidadania assume papel coadjuvante. Nesse contexto, o preconceito impede que as pessoas em situação de rua tenham oportunidade de se inserir no mercado de trabalho e conquistar seu espaço na sociedade e uma melhor qualidade de vida.

Gráfico 35 – Em algum momento você se sentiu discriminado? Se sim, explique como foi e sob quais aspectos. (UBS – Jardim da Penha)



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Dentre os entrevistados, 25% (1) informou que não sofreu qualquer tipo de discriminação, 50% (2) afirmaram que foram desprezados por serem pessoas em situação de rua e 25% (1) verbalizou que demonstraram nojo. Um dos participantes conta: *“Pra mim é discriminação por causa de que, quando eu fui la sozinho, não podiam me atender. E agora quando eu fui com CnR, eu fui atendido por quê? Qual é o motivo de não ter me atendido, precisou alguém ir lá para me representar, eu não valho nada então.”* (MIGUEL)

Discriminam a gente como um cachorro. Acham que a gente é bicho. Eles não gostam de morador de rua. Lá na unidade. eles falam assim: A lá, estavam ali bebendo cachaça, fumando pedra. Que nojo, olha como ela está, com Tuberculose. Está com aids, está fedendo, eles falam desse jeito. (JEHUDIELA)

Conforme mencionado, a dificuldade no acesso às necessidades básicas, como banho e alimentação todos os dias, faz com que essa população se encontre em condições de higiene prejudicadas, podendo sofrer preconceito e discriminação, tornando-se uma possível barreira para o acesso ao sistema de saúde. As pessoas em situação de rua apresentam condições de vida diferenciadas da população em geral, o que pode levar muitas vezes ao despreparo dos profissionais.

Sugestões de melhoria elencadas pelos entrevistados para o Centro:

- Mais atenção da equipe médica e examinar com maior profundidade
- Aumento da disponibilidade de agenda para consultas e exames*¹²
- Maior disponibilidade de vacinas*
- Aumentar a equipe médica
- Humanização no atendimento*
- Capacitação profissional para lidar com pessoas em situação de rua*
- Desburocratizar o atendimento, não solicitar documentação ou comprovante de residência em casos de pessoas em situação de rua*

Sugestões de melhorias elencadas pelos entrevistados para Jardim da Penha:

- Atendimento sem a necessidade da presença do CnR no acolhimento
- Humanização do atendimento*
- Não exigir documentação*
- Maior disponibilidade de agenda médica*
- Utilizar os recursos necessários para o atendimento à pessoa em situação de rua sem discriminação (Ex: Vacina)*
- Capacitação profissional para lidar com pessoas em situação de rua*
- Maior aproximação com o Consultório na Rua para evitar dificuldades de acesso

¹² O símbolo * foi utilizado para apontar sugestões que foram realizadas em ambos os territórios, possibilitando análises comparativas.

Diante do perfil de saúde das pessoas em situação de rua, é possível identificar barreiras e possibilidades para o aprimoramento da atenção à saúde da população em questão. Além das sugestões elencadas pelos entrevistados, podemos fazer alguns destaques:

- Referente à dificuldade no acesso, uma possibilidade de estender o acesso seria a ampliação da quantidade de equipes do CnR. Para além disso, lutar pela extinção do preconceito contra a PSR entre as equipes de saúde, como forma de garantia do atendimento desse público, bem como diminuir as exigências formais, por meio de documentação, para o acesso dessa população;
- Fomentar a articulação intersetorial com os trabalhadores das demais secretarias, principalmente limpeza urbana e segurança pública, criando espaços de diálogo entre os atores, para elucidar os direitos dessa população, considerando que algumas ações dos referidos profissionais acabam resultando em violações;
- Capacitação dos profissionais que atendem as pessoas em situação de rua, com momentos de sensibilização e qualificação entre as equipes envolvidas;
- O fomento a pesquisas sobre saúde da PSR e formulação de materiais que os instruem sobre a oferta de serviços do SUS;
- Controle social, destacando a importância da escuta dos usuários através de espaços de participação social. O envolvimento de representantes do MNPR nos conselhos de saúde são formas de promover trocas, visando o aprimoramento do atendimento.

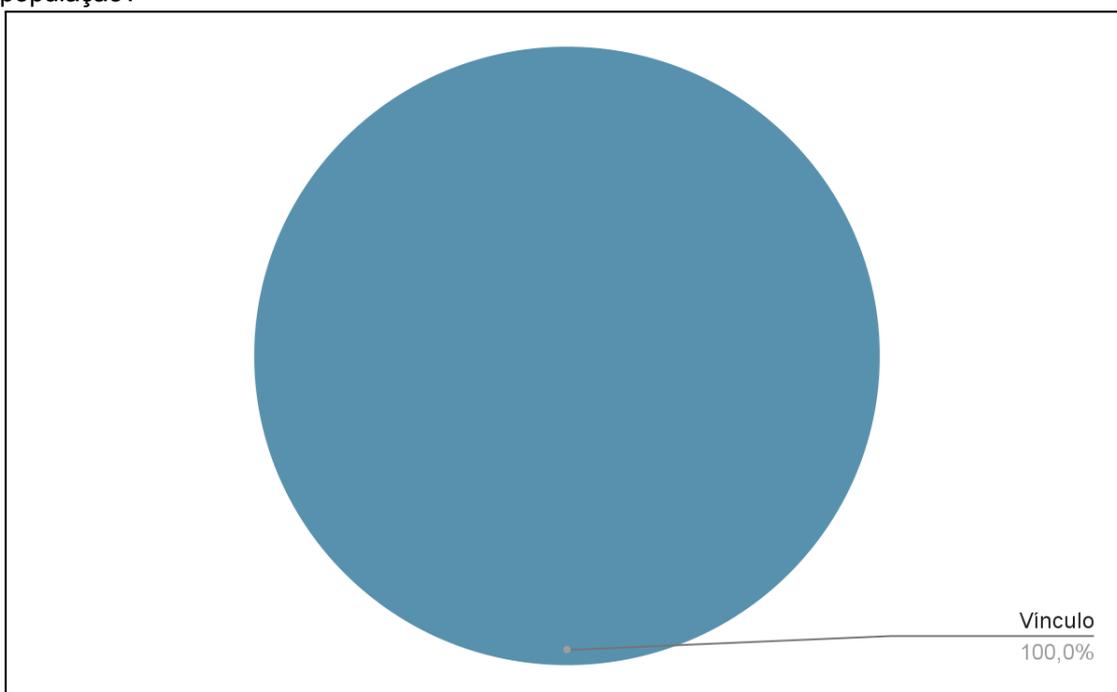
O cuidado à saúde da população em situação de rua pode ser aperfeiçoado através da participação popular e flexibilização da gestão dos serviços para que o acesso seja equânime. Diante das sugestões dos entrevistados em ambos os territórios, é possível afirmar que a presença do CnR instalado na UBS - Centro não causou impacto com relação ao acesso das pessoas em situação de rua à unidade, pois apontamentos relacionados a aumento da disponibilidade de agenda médica e de exames, disponibilidade de vacinas, humanização do atendimento, capacitação profissional para acolhimento adequado das PSR, não exigência de documentação ou comprovação de residência, estão relacionados à metodologia do serviço, bem

como disponibilidade de insumos e profissionais para atendimento, considerando que na UBS – Jardim da Penha que não possui CnR instalado no serviço, também apresenta características similares.

4.5 ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DO CONSULTÓRIO NA RUA

Em conformidade com o perfil definido na Metodologia (Página 13), a escolha dos profissionais participantes da pesquisa se constitui por componentes da equipe de nível superior, com no mínimo um ano de atuação no Consultório na Rua, com experiência suficiente para problematizar questões pertinentes ao acesso. Para resguardar a identidade dos entrevistados, foram utilizados nomes fictícios, sendo designado um para cada profissional dos territórios: Centro e Jardim da Penha.

Gráfico 36 – Como profissional, o que você considera mais importante no atendimento a essa população?



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

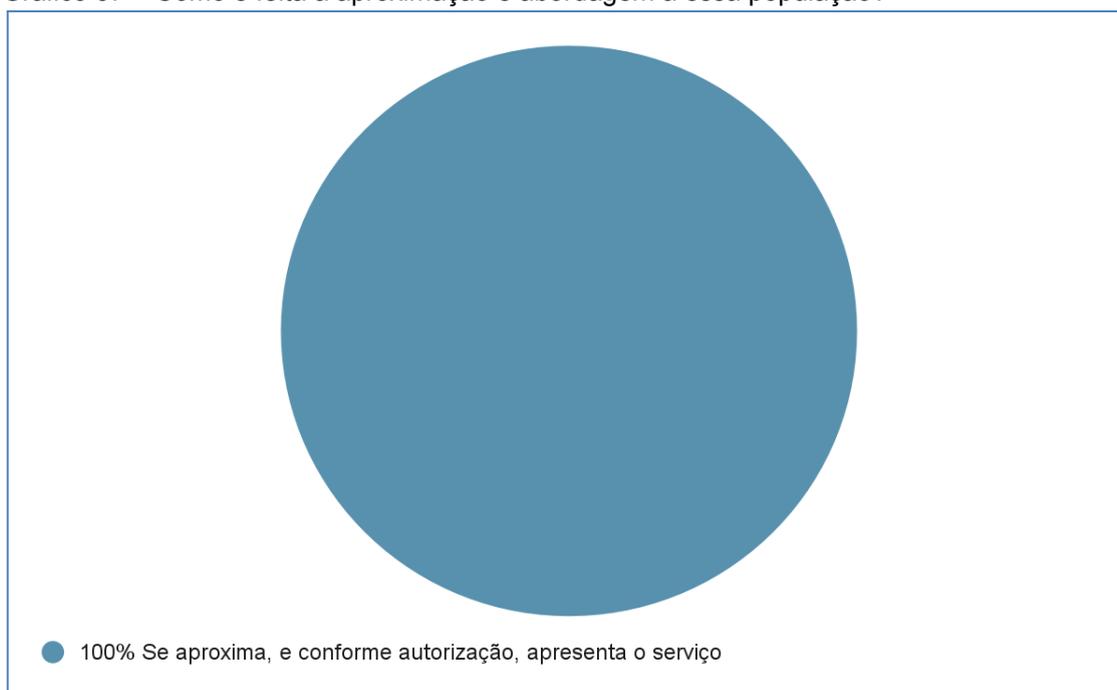
Referente ao que consideram mais importante no atendimento, 100% (2) dos profissionais consideram o vínculo como ponto chave na interação com esse segmento populacional. A entrevistada revela: *“Eu acho que o vínculo é o princípio de tudo, né? A gente, através do vínculo, a gente consegue muitas vezes emprestar pro sujeito esse desejo do auto cuidado, porque o que a gente mais vê na rua é a*

desistência, a negligência em relação ao autocuidado.” (ELIZABETH)

Eu acho que a importância do vínculo, né? Porque, é a partir dele que você consegue construir um laço de confiança, para que possam estar ouvindo a sua orientação, né? Então, é a partir desse momento que você cria um vínculo, que eles conseguem falar a própria demanda, né? Acho que é super importante nesse processo, de ouvi-los, né? Já que é uma população, que muitas vezes, possuem diversos direitos retirados e negados. Isso faz parte do processo de criação de possibilidades. (NAPOLEÃO)

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, vínculo “consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico” (BRASIL, 2012). A política considera o vínculo como indispensável para que o cuidado seja efetivado.

Gráfico 37 – Como é feita a aproximação e abordagem a essa população?



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Ambas as equipes também estão alinhadas quanto ao entendimento de vinculação com essa população, com 100% (2) das respostas voltadas para uma aproximação e apresentação do serviço conforme autorização das pessoas em situação de rua. Para a profissional: *“Eu acho que você respeitar o espaço do outro da mesma maneira como você entra na casa de alguém, não é? Então, é você se aproximando com calma. A gente busca sempre não chegar parecendo que está fazendo uma*

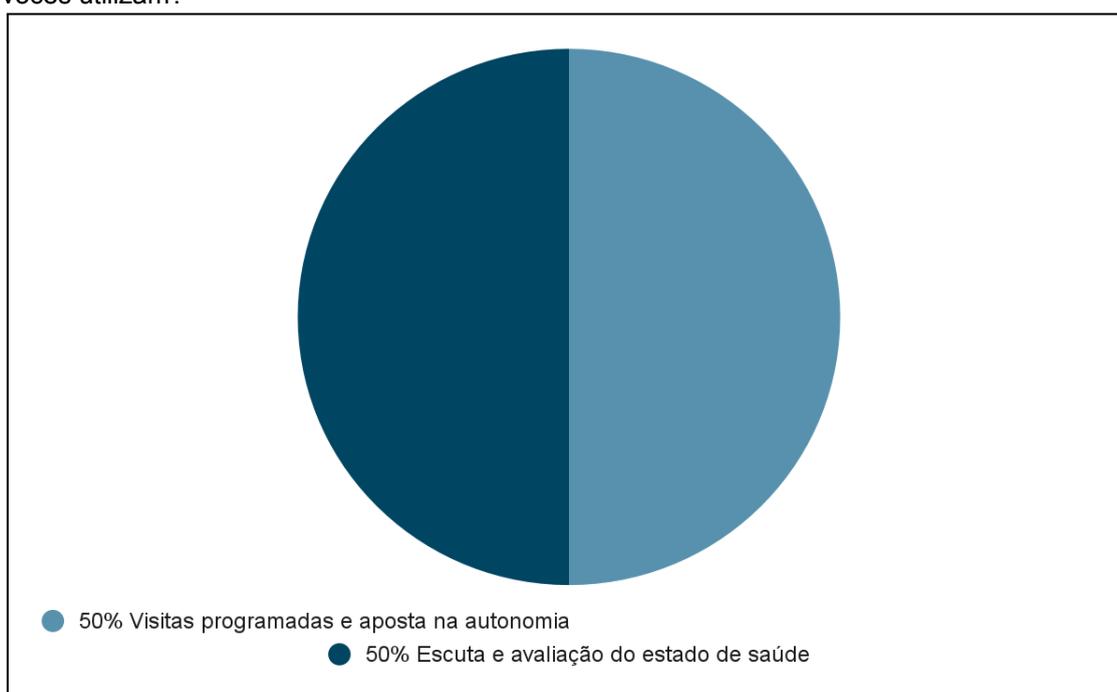
entrevista, né? Chega batendo um papo. É pedindo licença para chegar. E se apresentando, acho que é assim que você se faz conhecido, né?” (ELIZABETH)

Primeiro ponto, a autorização, se aceita conversar com a gente, né? Chega, tem que saber respeitar o espaço, e ver o que está acontecendo naquele momento. O que eles estão fazendo se é permitido nossa chegada. Então a gente chega e pede uma autorização, né? (NAPOLEÃO)

Um fator fundamental para o atendimento de pessoas em situação de rua é a construção de uma relação de confiança com os profissionais de saúde. Esses primeiros contatos são decisivos para o sucesso dessa relação. Ocorre que, nos primeiros momentos é possível que a equipe receba negativas com relação à sua aproximação, porém com o tempo, essa situação pode ir se revertendo gradualmente, dependendo do manejo da equipe e da abertura dos usuários.

Também é necessário avaliar o contexto do território que é vivo e encontra-se em constante movimento, então o que acontece no entorno impacta diretamente na possibilidade de sucesso dessa construção. Podemos citar por exemplo, se há presença do tráfego local, como foi citado pelos profissionais em determinado momento da entrevista, muitas vezes eles são inibidos em dialogar com a equipe com receio de retaliação.

Gráfico 38 – Existem protocolos específicos para atender essa população? Se sim, quais são e como vocês utilizam?



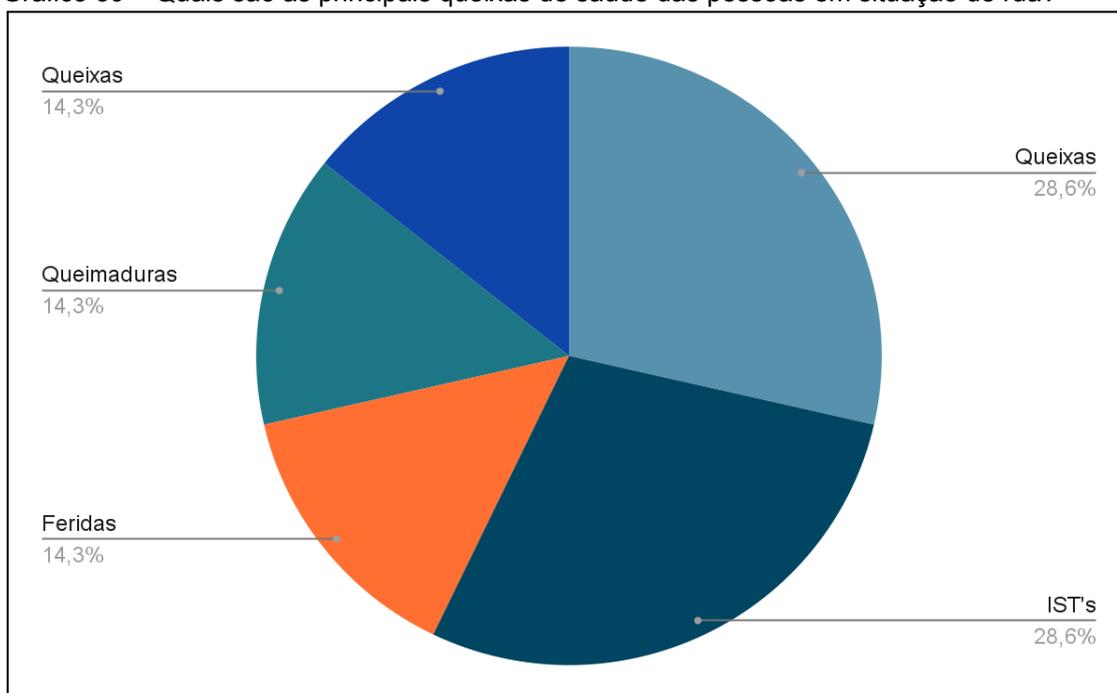
Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Referente ao protocolo de atendimento, não há uma construção concreta e documentada, mas 50% (1) dos profissionais considera importante a escuta e avaliação do estado de saúde e 50% (1) afirma que as visitas programadas e a aposta na autonomia são pontos-chaves no atendimento. O profissional pontua: “*Pensar na escuta como em qualquer paciente que acessa outro setor da saúde. Não existe um protocolo, né? A gente pode fazer o atendimento, mas claro, um paciente muito alcoolizado, muito em uso, não dá pra gente fazer aquele atendimento porque ele é pela impossibilidade dele próprio, né? Ver o estado de saúde da pessoa ali naquele momento, se ele consegue absorver aquela informação. Então eu acho que é isso. Se houvesse um protocolo, seria avaliar o estado de saúde dele, se ele consegue assimilar a informação está sendo dada.*” (NAPOLEÃO)

A ideia inicial do consultório na rua é essa. Essa ideia das visitas programadas, porque isso faz com que eles aguardem a gente. Em um dia específico, num horário específico, isso ajuda no vínculo, é a galera da Praia do Canto saber que as meninas de jaleco vão chegar lá na terça de manhã. Então, essa ideia do programado, da gente não estar todos os dias no mesmo lugar. outro protocolo importante do nosso trabalho é a gente sempre apostar na autonomia do sujeito. Então a gente sempre o primeiro passo é apostar nele igual eu vou fazer no exemplo que você viu aqui no atendimento com a usuária, eu vou agendar uma consulta pra você e vou te trazer retorno. Então, nesse primeiro momento, a gente aposta que ela vá. A gente não, já de cara, vira e fala, vou te pegar no colo, eu vou levar você. Não. Há ela faltou, e aí? É um ponto para você trabalhar com um sujeito. Por que que você não foi o que aconteceu, o que te desorganizou? Vamos tentar de novo. Às vezes você percebe que dar a mão para aquele sujeito naquele momento é crucial. Ele não consegue ter essa iniciativa. Então, acho que essa aposta na autonomia é um passo importante. (ELIZABETH)

Conforme já mencionado, a Organização Mundial de Saúde – OMS (2001) propõe que o cuidado em saúde priorize pessoas com níveis de autonomia e contratualidade reduzidos e esteja associado ao exercício de direitos humanos e de direitos de cidadania. Apresenta, também, a necessidade de as políticas considerarem as demandas específicas de grupos vulneráveis, como as pessoas em situação de rua. Portanto, muitas vezes o trabalho das equipes consiste na reconstrução da autonomia, pois após tantas negativas de direitos sofridas por esse segmento populacional, é rotineiro ouvir falas como “Não vou conseguir, não vai dar certo, não tenho direito”. Diante disso, se faz necessário mostrar que é possível, mobilizar o sujeito a ressignificar as violações sofridas.

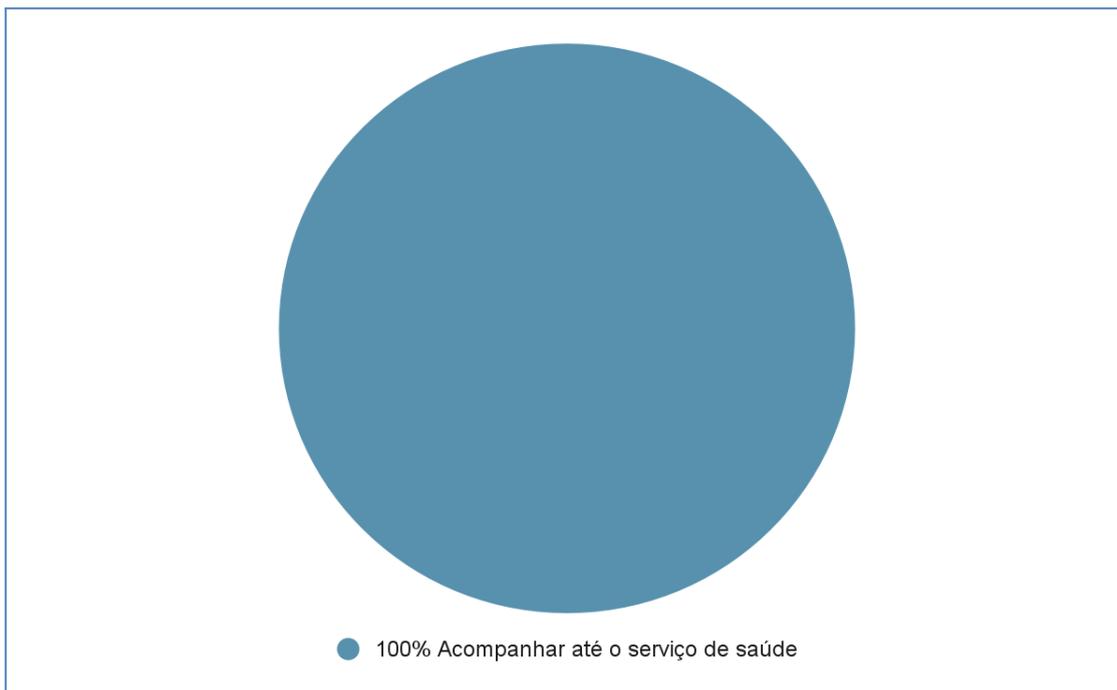
Gráfico 39 – Quais são as principais queixas de saúde das pessoas em situação de rua?



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Referente às principais queixas de saúde, o profissional do Centro informou que as mais comuns são queixas dermatológicas, queimaduras e feridas provocadas normalmente por armas brancas. Em ambos os territórios, constaram as queixas odontológicas e as Infecções Sexualmente Transmissíveis. Os dados são característicos das pessoas em situação de rua, o que traz a reflexão acerca da importância da educação em saúde com essa população, como cuidados em saúde bucal e a importância do uso de preservativo.

Gráfico 40 – Qual é a metodologia adotada para aumentar a probabilidade de adesão do usuário ao tratamento de saúde?



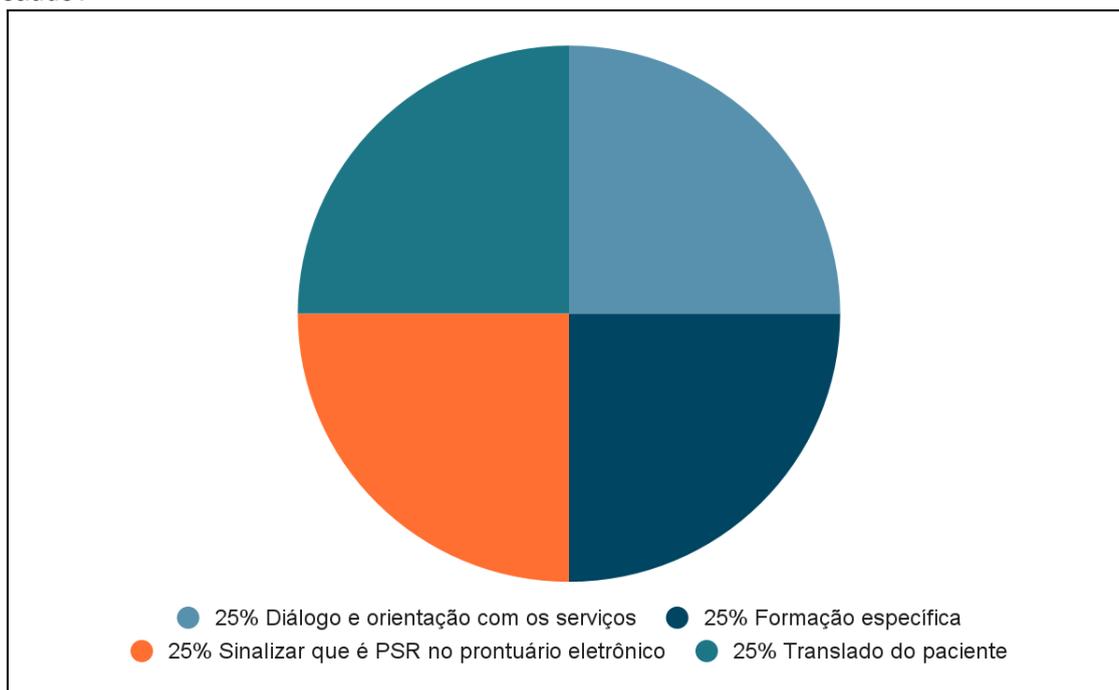
Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Os profissionais de ambos os territórios responderam que acompanhar a pessoa em situação de rua até o serviço de saúde aumenta a possibilidade de adesão ao tratamento de saúde. Para a profissional: “ *Muitas vezes o acompanhamento. O estender a mão e o estar junto. É, não é a base, não é o cerne, não é o que a gente gostaria. A gente tenta apostar na autonomia, mas como você fala de aumentar a probabilidade, muitas vezes o tá junto é que faz a diferença, né? Até para que não dê lá na frente, ele consiga começar a caminhar sozinho*” (ELIZABETH)

A gente orienta, vai em tal lugar, mas quando a gente percebe ali uma certa dificuldade, nós propomos, vamos juntos então, isso cria um vínculo de parceria, né, que ele acaba ficando mais aberto. Quando a gente percebe que alguma dificuldade de acesso vamos juntos, a gente vai junto com o paciente. (NAPOLEÃO)

O fato de acompanhar o usuário até o serviço é uma forma de iniciar um trabalho com o usuário no primeiro momento a fim de restaurar sua autonomia e não depender mais da equipe para se deslocar até o referido serviço de saúde.

Gráfico 41 – Quais são as estratégias utilizadas para favorecer o acesso da PSR aos serviços de saúde?



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Sobre as estratégias utilizadas pelas equipes para favorecer o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, o profissional do Centro trouxe três pontos que correspondem a 75% das respostas: Formação específica para trabalhar com pessoas em situação de rua, translado do paciente até o serviço que trouxe entrave no acesso e sinalizar no prontuário eletrônico que é pessoa em situação de rua.

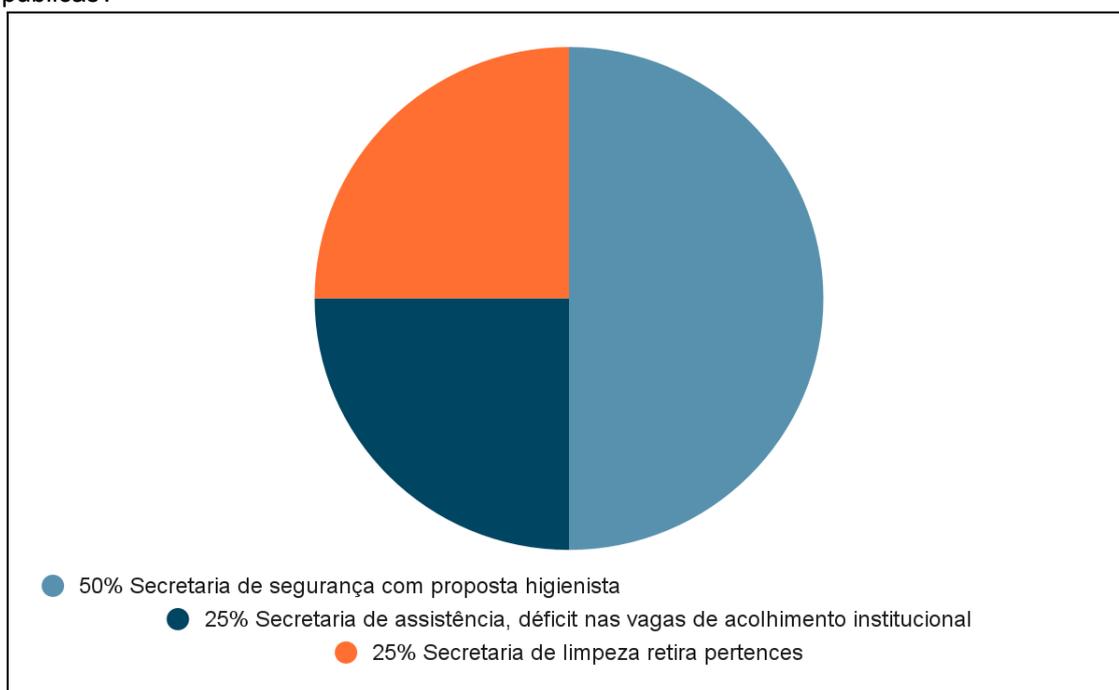
Eu acho a importância da formação, né? Assim, de que forma é importante que os profissionais que entram, né? Em uma unidade de saúde, num PA, assim, a importância do acolhimento universal. E aí, de que forma eu olho para a pessoa em situação de rua? Eu, como profissional ou como pessoa, né? E eu posso olhar de um jeito pejorativo, né? De mostrar, nossa já vem uma pessoa em situação de rua, está suja ou tá com odor? É essa visão? Não marcada por ter preconceitos, né? Porque a gente sabe que muitas vezes de que forma, essas pessoas são olhadas pela nossa sociedade, né? A gente tem o cuidado de olhar prontuário dele, porque a gente, como profissional de saúde, a gente, do consultório na rua, a gente coloca um ícone que identifica que eu pessoa está em situação de rua, porque qualquer um pode dizer que está em situação de rua, mas o cadastro dele está dizendo nada. Então a gente também se cuida de atualizar o cadastro deles, de botar o ícone lá, porque quando o administrativo pegar o nome, vai ser identificado como situação de rua. Então esse é um cuidado que a gente faz para aprimorar o acesso à questão da saúde. E por estar com o paciente que a gente conseguiu articular todo o processo da hérnia inguinal dele, então ele precisa fazer exames e consultas no hospital lá na Serra. Então a gente fez todo o processo. Ele fez o risco cirúrgico. Ele passou pelo cardiologista e operou. Ou seja, a gente garantiu o acesso, levando-o, né? Essa questão do transporte também é algo que dificulta o deslocamento da pessoa em situação de rua. (NAPOLEÃO)

Conforme mencionado no item pessoas em situação de rua: quem são e como se constituem deste trabalho, é de suma importância repensar estratégias de acolhimento, considerando as particularidades da população em situação de rua para melhor atender suas demandas, além de capacitar as equipes para promover um atendimento humanizado, buscando sempre a qualidade no acolhimento e na atuação interdisciplinar. Já a profissional da equipe de Jardim da Penha respondeu que o diálogo e orientação com os serviços corresponde a uma estratégia para favorecer o acesso.

Dialogar com esses espaços. Por exemplo, semana passada nós estivemos na unidade de saúde de Jardim da Penha e eles trouxeram aqui pra gente que há 15 dias atrás, mais de um, a queixa da dificuldade no acesso, tivemos que ir lá, conversamos com a diretora e descobrimos que contava com pessoas novas na recepção e aí ela pactuou fazer um diálogo, uma fala. Então eu acho que a estratégia é orientação, e esclarecimento, o tempo todo. Quando chega gente nova? Explicar de novo. (ELIZABETH)

Novamente a questão da rotatividade de profissionais compareceu, dificultando o acesso, por desconhecerem as rotinas e as peculiaridades da população em situação de rua.

Gráfico 42 – Quais as principais dificuldades encontradas para a interface com as demais políticas públicas?



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Referente às dificuldades encontradas para a interface com as demais políticas públicas, a equipe Centro (25%) apontou dificuldades com a Secretaria de Assistência, relacionado ao déficit nas vagas de acolhimento institucional, a equipe Jardim da Penha (25) relatou dificuldades com a Secretaria de Limpeza Urbana que retira os pertences das pessoas em situação de rua e ambas as equipes (50%) trouxeram dificuldades relacionadas à Secretaria de Segurança, com ações de repressão contra pessoas em situação de rua.

Uma questão atual em relação às vagas de abrigo, hoje em dia está bem restrito, porque assim a população aumenta, e as vagas não aumentam no mesmo ritmo né? Então, às vezes a gente percebe uma certa dificuldade, e a gente orienta, olha, não é a gente que vai conseguir a vaga, a gente tem que dialogar com a assistência, por exemplo. Vamos pegar a hospedagem noturna, né? Tem as vagas disponíveis, acabou as vagas, não tem como colocar lá. Então é uma situação da rede. Não é a assistência negando, é a possibilidade que a assistência tem naquele momento de dar vazão àquele fluxo. (NAPOLEÃO)

Conforme apontado no item Caracterização da população de rua da Grande Vitória deste trabalho, de acordo com Kunz (2012), Vitória tem se transformado em um polo atrativo, para o qual muitas pessoas se deslocam vindas de municípios vizinhos como Guarapari, Serra, Vila Velha, Cariacica e Viana em busca de oportunidades melhores para manutenção de suas vidas [...] não por acaso, estas vindas em massa acabam por desencadear problemas relacionados ao colapso dos serviços, principalmente da capital.

Ainda segundo a autora, buscar atendimento especializado na capital é um dos argumentos utilizados para justificar o que é chamado de “inchaço” de pessoas morando nas ruas dos centros urbanos. Em consequência, lida-se com superlotação dos abrigos para população em situação de rua na capital, acarretando sobrecarga de trabalho aos profissionais. Haja vista que os albergues de Vitória encontram-se em sua capacidade máxima para pernoite e migrantes em situação de vulnerabilidade e egressos do sistema prisional chegam todos os dias à cidade. (KUNZ, 2012)

A Secretaria de segurança, por exemplo, eles se queixam, da forma como a segurança chega até os locais, de que forma os objetos são retirados. Como dialogar com isso, diante de uma sociedade higienista, né? Como dialogar sobre essa questão da política de segurança, por exemplo? A gente sabe que naquele movimento que eles estão ali, o tráfico às vezes está junto e a segurança passa, e aí quem é traficante? Quem é usuário,

né? Isso é uma questão atual, porque a gente tem visto movimentos políticos nesse sentido de olhar a população de rua como uma questão ali. De que forma dá conta disso, né? Mas sempre naquele olhar higienista, né, de limpar, de tirar dali. (NAPOLEÃO)

Com relação a Jardim da Penha:

Eu acho que dificuldade são por exemplo, secretarias dentro do próprio município, a Secretaria de limpeza urbana, que vem e faz um trabalho diferente da nossa proposta. Muitas vezes a Secretaria de segurança. É, você tem aí, é associações de moradores que têm interesses, que precisam ser respondidos e que, muitas vezes, conflitam diretamente com a proposta do nosso trabalho. Às vezes a gente faz o acompanhamento de um usuário a uma consulta. Ele recebe uma medicação, vem no dia seguinte, a Secretaria de limpeza e leva a mochila desse usuário embora com essa medicação dentro. Então assim, o mesmo município que dá é o município que tira, então essa interface é muito complicada, não é? A gente tenta também levar isso para a nossa gestão, para que em vias de gestão esses diálogos aconteçam e seja pensado alguma relação. Essa interface é difícil. (ELIZABETH)

Conforme exposto, alguns episódios coordenados por órgãos do poder público de práticas higienistas para camuflar a existência desse segmento populacional como extermínios, massacres, recolhimento forçado dessas pessoas, continuam sendo uma realidade atualmente.

5 CONCLUSÕES

5.1 CARACTERIZAÇÃO

A maior parte dos entrevistados é constituída pelo sexo masculino, sendo 75% dos participantes da pesquisa, com faixa etária economicamente ativa, sendo 50% de 26 a 36 anos e 50% de 36 a 48 anos, sendo 75% negros e 25% pardos, metade (50%) natural de Vitória e a outra metade dividida entre outras cidades e estados, com 75% de escolaridade predominantemente baixa, com a maior parte dos indivíduos pernoitando em vias públicas (75%) e o motivo predominante para à situação de rua foi o conflito familiar, com 62,5%.

5.2 DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS DO CONSULTÓRIO NA RUA

Fomentar não só o primeiro acesso, como o acesso continuado aos serviços de saúde e prevenir o agravamento dos adoecimentos é premissa fundamental do Consultório na Rua, proporcionando condições de vida mais dignas e garantia de direitos à população em situação de rua. O CnR, instituído pela Política Nacional de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde - SUS, têm sido adotado como estratégia no fortalecimento de ações intersetoriais no resgate da dignidade e cidadania da população em questão, atuando frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde desses indivíduos, inclusive na busca ativa e cuidado aos dependentes de drogas lícitas e ilícitas (BRASIL, 2011).

Considera-se um contexto desafiador para a equipe do CnR assistir a população em condição de rua que requer dos profissionais de saúde a instituição de linhas de cuidado que atendam-na, uma vez que é indiscutivelmente inconstante no que se refere à adesão a tratamentos e cuidados, para tanto é preciso a criação de vínculo entre os profissionais de saúde e os indivíduos, identificando os agravos, e possíveis danos que marcam o trabalho da equipe com esse público (HALLAIS; BARROS, 2015).

As ações de cuidado do Consultório na Rua devem propor o cuidado in loco, a partir da escuta ampliada das demandas de saúde, atuando de forma compartilhada e integrada às UBS, conforme exposto pela profissional quando perguntada sobre quais são as estratégias utilizadas pela equipe do CnR para favorecer o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde:

Dialogar com esses espaços. [...] tivemos que ir lá, conversamos com a diretora e descobrimos que contava com pessoas novas na recepção e aí ela pactuou fazer um diálogo, uma fala. Então eu acho que a estratégia é orientação, e esclarecimento, o tempo todo. (ELIZABETH)

Outro ponto apontado pela equipe quanto a dificuldade do acesso à saúde é a rotatividade de profissionais que desconhecem as rotinas e as peculiaridades da população em situação de rua e acabam gerando entraves no acesso por tentarem enquadrar o atendimento nos padrões pré-estabelecidos para a população em geral.

Também recorro ao item Acesso à saúde desta dissertação, para afirmar que o despreparo das equipes das UBS para prestar o atendimento adequado a essa população, devido a crenças pessoais, discriminação e preconceito, impactam negativamente no acesso e demonstram que essa fragilidade na atenção primária é presente no município de Vitória. Concordamos que é preciso investir em capacitação profissional,

Faz-se necessária, assim, a capacitação inicial e continuada dos profissionais que atuam com a PSR, seja na assistência social, seja na atenção básica ou especializada, para a compreensão da complexidade que envolve a situação de rua. É imprescindível uma efetiva ação intersetorial que possibilite o cuidado integral a esse público, demandando modificações não somente na organização dos serviços, como também nas formas de encaminhamento e pactuação de ações intersetoriais que promovam o acesso aos direitos sociais como educação, trabalho e renda, e habitação (BORYSOW & FURTADO, 2014; CARNEIRO JUNIOR ET AL., 2010).

Conforme mencionado no item Políticas Públicas e Atenção Primária à Saúde, a Política Nacional para a População em Situação de Rua traz como objetivos: garantir acesso amplo, simplificado e seguro a serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, assistência social, trabalho e renda, capacitação permanente de profissionais e gestores para atuação no desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais, transversais e intergovernamentais direcionadas às pessoas em situação de rua.

Vimos também que em todo o Brasil, alguns episódios coordenados por órgãos do poder público de práticas higienistas para camuflar a existência desse segmento populacional como extermínios, massacres, recolhimento forçado dessas pessoas, continuam sendo uma realidade atualmente. No item anterior referente a resultados, os profissionais de ambos os territórios apontaram a secretaria de Segurança de Limpeza Urbana que adotam ações de cunho higienista e de repressão, como um desafio, considerando que vão de encontro aos objetivos propostos pelo trabalho do Consultório na Rua, com relação à inclusão e acolhimento desse público.

Faço menção aos resultados, onde observou-se que as estratégias adotadas pelas equipes para aumentar a probabilidade de adesão aos tratamentos de saúde, se constituem em ir junto com o usuário até o serviço de saúde e acompanhar no começo, como uma forma de apostar que o sujeito recuperou sua autonomia e desejo pelo autocuidado e desse momento em diante, possa não mais ficar dependente da equipe para concretizar o acesso.

5.3 ACESSO

Considerando todas as informações levantadas no presente trabalho, é possível afirmar que promover um momento de escuta e expressão das pessoas em situação de rua possibilita diversas reflexões relacionadas às inúmeras privações e violações causadas a essa população, bem como a necessidade que Vitória demonstra em alinhar as políticas públicas intersetoriais, e aprimorar o acesso à saúde.

A partir de tudo o que foi constatado infere-se que é extremamente necessário trabalhar contra os entraves ainda existentes no acesso dessa população aos serviços de saúde, percebidos como antigos conforme outras pesquisas realizadas a nível nacional demonstram, possibilitando a concretização do princípio da universalidade e vivenciar a equidade nas ações da saúde, com acesso integral a todos os níveis de atenção, oportunizando não apenas o curativismo, mas a prevenção e promoção em saúde.

Para além disso, viabilizar uma mudança positiva no contexto de vida dessas pessoas, que necessitam usufruir do direito fundamental à saúde, devido à forma como vivem sem garantia das necessidades básicas, condições precárias de higiene, exposição a mudanças climáticas, dentre outros fatores que expõem, em graus muito elevados, ao adoecimento. O fato é que as políticas públicas, não só de saúde, devem proporcionar serviços de qualidade e acessíveis a todos, sem discriminação e com equipes capacitadas e sensibilizadas à realidade social deste segmento populacional. Foi perceptível tanto nas respostas dos profissionais entrevistados, quanto dos usuários, que alguns profissionais não capacitados para o atendimento, por desconhecerem suas peculiaridades, acabam homogeneizando-a sob rótulos e estigmas, causando dificuldades no acesso e condutas médicas paliativas.

Como foi apresentado no decorrer deste trabalho, historicamente a população em situação de rua usufruiu de algumas conquistas importantes, sendo fundamental executar essas vitórias na prática, por meio dos princípios da integralidade, universalidade e equidade, que norteiam o SUS. Sobre a interface com as políticas de segurança e limpeza urbana, a pesquisa evidenciou uma desarticulação com as propostas da saúde, com ações higienistas que subtraem os já despossuídos, além das práticas de repressão e punitivismo, sendo possível notar semelhanças nas ações estatais deste cunho quase 70 anos depois.

A pesquisa demonstra que no território de Jardim da Penha, 75% dos entrevistados necessitam da atuação do Consultório na Rua para lograr êxito no acesso, fato causado, na ocasião, por rotatividade de profissionais que não estavam preparados para receber essa população e o desalinhamento da equipe nesse sentido, causou entrave no atendimento. Como podemos observar nos relatos:

Então estou em situação de rua. Mas tem que parar. Tem que parar os carros (do consultório na rua) para podermos ter uma oportunidade. (URIEL)

A primeira vez que fui pra atendimento sozinho, não me atenderam, na segunda vez que o consultório veio, consegui. Não precisava de o consultório vir, só para falar que somos moradores de rua. Eu podia ir lá com minha identidade para puxar os remédios que eu tomo (RAFAEL)

Aqui, em Jardim do Penha, só consegui ser atendido depois que o Consultório na Rua me ajudou. Se não fossem eles, não conseguiriam marcar uma consulta com um dentista. Aí, depois que eles foram lá comigo, que constatou que sou PSR. (MIGUEL)

Dessa forma, é perceptível que a rede municipal de saúde deve estar integrada com as equipes do Consultório na Rua, que possuem maior proximidade com essa população e capacidade de promover o acompanhamento de maneira acolhedora e sem preconceito, com o propósito de atuar para além do curativismo, incentivando condutas de redução de danos e práticas educativas, considerando as particularidades desse segmento populacional, a fim de promover a aproximação das pessoas em situação de rua com a atenção primária.

Como as pessoas em situação de rua enfrentam algumas barreiras para acessar os serviços de saúde, estes eram procurados em último caso, quando a necessidade de saúde ultrapassa os limites da dor ou interferia diretamente na sobrevivência. Muitas vezes, dores de cabeça, fraqueza e dores no corpo, que são considerados motivos banais para a procura dos serviços de saúde, podem refletir a manifestação ou complicações de outras doenças, como doenças crônicas, que necessitam de acompanhamento (CAMPBELL et al., 2015).

Sabemos que o ideal seria o livre acesso da população em situação de rua aos serviços da saúde, em especial da atenção primária, porém em Vitória, ainda existem entraves burocráticos para que haja vazão nesse fluxo, devido à exigência de documentação, sendo estes, documento de identificação e comprovante de residência, bem como a questão de territorialização do atendimento das unidades básicas de saúde.

Os entrevistados também apontaram a discriminação como fator que interferiu negativamente no acolhimento dos serviços de saúde. Ao adentrarem as unidades, 75% dos entrevistados em ambos os territórios não se sentiram pertencentes a estes espaços, por descreverem sentimentos negativos como insatisfação, raiva e frustração, além de comentários: “ *Lá na unidade. eles falam assim: A lá, estavam ali bebendo cachaça, fumando pedra. Que nojo, olha como ela está, com Tuberculose. Está com aids, está fedendo, eles falam desse jeito.*” (JEHUDIELA)

Falam que a gente não vale nada, que morador de rua não presta, que é vagabundo criminal, mas não é nada disso nós somos igual a eles é, nós também temos direitos. Eles julgam a gente em situação de rua. Falam que a gente não tem possibilidade de crescer mais. (RAFAEL)

Um aspecto relevante a ser observado, conforme mencionado no capítulo I, é o estigma e o preconceito atribuído pela sociedade às pessoas em situação de rua, sendo comumente menosprezadas e discriminadas, designando-as como loucos, indesejáveis, pedintes, maltrapilhos, mendigos, bandidos, entre outros. Ou seja, não

estamos falando só das experiências dos entrevistados, estamos falando de uma visão amplamente difundida pela sociedade, perceptível tanto no dia a dia, quanto na literatura.

Outro fato importante é a disponibilidade de agenda para consultas médicas que foi considerada insuficiente, diante da rigidez nas datas para agendamento, pois a abertura se dá somente no início do mês e as datas costumam ser entre 7 e 25 dias, conforme os depoimentos dos entrevistados: *“Se eu quiser hoje marcar uma consulta para terça que vem, eu não posso. Na terça que vem, eu marco para outra terça. Tem que ser só com uma semana de antecedência.”* (GABRIEL)

Você vai pra marcar a consulta, dependendo da data leva mais ou menos, cerca de 20 a 25 dias. Porque é sempre no início do mês que é aberta a agenda. (RAFAELA)

Houve também um apontamento em relação ao número insuficiente de vagas e agendas limitadas: *“Relação de vagas assim sabe quando abre a agenda em questão de poucas horas já acaba. Entendeu? Já vi muitas pessoas reclamando da questão disso, que deveria ter mais vagas tanto para IST's quanto para consultas de rotina. São necessárias mais vagas de atendimento, pois a agenda acaba muito rápido.”* (RAFAELA). É perceptível que se faz necessária uma readequação dos serviços da atenção básica à saúde para o atendimento adequado do público em questão, superando ou minimizando as iniquidades apresentadas. Deve haver um trabalho em conjunto, de diversos serviços para suprir a complexidade dessa demanda, com ações locais eficazes.

Segundo Carneiro Junior et al. (2010) a partir de experiências exitosas ocorridas no município de São Paulo, que promoveram a reorganização de UBS para a abordagem e atendimento da PSR, verificou-se um aumento significativo do cadastramento de pessoas em situação de rua na atenção primária à saúde. Tais reformulações incluem a participação na equipe de pessoas que já vivenciaram a situação de rua, a atuação intersetorial a partir das demandas e a reformulação da abordagem e das formas de cadastramento. Inclui ainda a capacitação sobre o modo de vida nas ruas, os processos de saúde e doença e as possíveis resistências do público que tendem a desafiar a atuação.

Não obstante, são relatadas limitações das UBS para o acesso da PSR devido à longitudinalidade que deve caracterizar a oferta de atenção à saúde para esta população. O primeiro momento (agendamento de consulta e espera do atendimento) se desdobra em diversos outros, como: a realização de exames, busca dos resultados, remarcação de consulta e busca por medicamentos que, quando não reformulados para o atendimento da PSR, promovem a fragilidade dos vínculos com esse público e comprometem a continuidade do cuidado (FRAGA, 2015; LISBOA, 2013).

São nessas circunstâncias, de longas esperas, indisponibilidade de agenda a curto prazo, dificuldade em retirar medicação, é que vemos casos como: *“O remédio controlado que você usa, primeiramente chega até eles, mesmo tendo meu prontuário, precisou o consultório de rua ter que chegar lá pra poder providenciar as receitas das medicações que eu tenho hoje. Então o atendimento deles é só assim. Só com o consultório para me atenderem.”* (URIEL)

Os entrevistados apontaram dependência significativa da intervenção do Consultório na Rua para acolhimento, atendimento, marcação de consultas e retirada de medicações, então a aproximação entre os serviços é de extrema importância para garantir o acesso, em seus variados níveis, seja da recepção, enfermagem, farmácia e dos médicos. A era dos protocolos, ao invés de nortear, acabam engessando a metodologia de atendimento, sendo importante flexibilizar e desburocratizar para melhor atender às demandas dessa população.

A gestão da saúde precisa promover a manutenção da participação social na elaboração das políticas, possibilitando abertura para essas demandas, para dar conta das necessidades específicas das pessoas em situação de rua. Buscar dessa forma, a compreensão das características desse grupo através do acompanhamento e assim, inibir o senso comum que permeia crenças pessoais que promovem o preconceito e as barreiras para o acesso e alinhando a mentalidade das equipes de que o atendimento à essa população não é prática exclusiva dos Consultórios na Rua, mas também das Unidades Básicas de Saúde, que compõem o direito à saúde no país.

A esse respeito, o profissional entrevistado revela: *“Eu acho que a importância do vínculo, né? Porque, é a partir dele que você consegue construir um laço de confiança, para que possam estar ouvindo a sua orientação. Então, é a partir desse*

momento que você cria um vínculo, que eles conseguem falar a própria demanda. “
(NAPOLEÃO)

Em consonância com a política de humanização e com as respostas dos profissionais, destaca-se os vínculos efetivos entre profissionais de saúde e as pessoas em situação de rua. Além disso, o preparo e o acolhimento são fundamentais no cuidado, considerando que este, deve ser ampliado para além de aspectos físicos e biológicos, mas também os psicoemocionais devem ser considerados nas análises de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante evidenciar algumas considerações trazidas por Karl Marx (1996), onde discorre a respeito da conceituação da categoria lumpen, para pensar a população em situação de rua através desse referencial teórico. O termo surge em “A Ideologia Alemã” (1845-1846), obra conjunta de Marx e Engels, onde os autores afirmam: “Os plebeus, que se situavam entre os livres e os escravos, jamais superaram a condição de uma espécie de lumpemproletariado” (2007, p. 70). Lumpen significa originalmente trapos e farrapos, sendo metaforicamente utilizado para designar a pessoa em farrapos, um andrajo,

Vivendo fora do trabalho produtivo através do furto, da extorsão, da mendicância ou provando serviços como a prostituição, ganham a vida recolhendo migalhas das relações capitalistas de troca, e sob o socialismo eles seriam colocados fora da lei ou forçados a trabalhar (ENGELS apud HIRST, 1980, 267-268).

Para Castel, seria também aquele que, além de não ter uma profissão ou emprego assalariado, nem moradia fixa, é alvo de estigmatizações e responsabilidades atribuídas moralmente à sua condição de extremado pauperismo, na figura emblemática do mendigo. Dessa forma, vemos a representação do trabalho na formação do ser humano, como manifestação da dignidade, valor moral e ético. O neoliberalismo reproduz a redução do espaço público, fomentando a privatização com a decrescente atuação de políticas públicas e a maximização dos interesses privados, fortalecendo o cenário do Estado Mínimo e a máxima liberdade de mercado.

Considerando a escassez de oportunidades e o desemprego estrutural como expressões da questão social, o crescimento da desigualdade social se insere como demanda para as políticas públicas por meio de respostas na vida social, enquanto questões voltadas à violência, uso de substâncias psicoativas, pobreza, trabalho infantil, dentre outros. Foucault (2008) apresenta o Estado como detentor do “poder sobre a vida”, através do controle disciplinar da população, conceituado pelo autor como biopolítica. Esse papel estatal foi revisto por Dardot e Laval (2016), expressando o abandono de antigas funções, por meio da lógica empresarial. Esse controle passa a ser expresso por meio da gestão da morte dos cidadãos

indesejáveis e disfuncionais para a sociedade, fato nomeado por Achille Mbembe (2016) de necropolítica. Durante a pandemia do COVID-19, a distribuição de respiradores mecânicos seria racionalizada, já que o direito de respirar não poderia ser acessado por todos.

A pesquisa possibilitou a convicção de que a invisibilidade ainda é uma realidade quando se trata de população em situação de rua, não só aos serviços de saúde em geral, mas para a própria sociedade. Os estigmas construídos historicamente pelo capitalismo continuam presentes, interferindo diretamente na forma como alguns profissionais que atuam no atendimento a essa população, os enxergam e as crenças pessoais dificultam o acesso das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde. O acesso, entendido como entrada e permanência em acompanhamento pelos serviços de saúde, vem sendo negado à essa população, considerando o fato de viverem a exclusão no dia a dia, nas políticas públicas e na sociedade.

Nesse sentido, os protocolos e modelos de atenção em saúde muitas vezes são pensados exclusivamente para a população dentro dos padrões, economicamente ativa e domiciliada, com endereço, documentação e até mesmo telefone, computador ou e-mail. Afirmando isso, pois para realizar um cadastro em uma UBS, normalmente é solicitado o documento, comprovante de residência, cartão do SUS, telefone de contato e até e-mail, quando é um município que possui recursos como agendamento online, que é o caso de Vitória. Assim, conforme abordado no capítulo I, a ausência de documentação impede o cadastro em unidades de atenção básica ou a retirada de remédios de uso controlado, já que é preciso apresentar documento de identidade e comprovante de endereço para a confecção do Cartão SUS, embora o Artigo 19 da Portaria nº 940, que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde, dispense a comprovação de endereço domiciliar da população em situação de rua (BARROS, 2015).

Vimos que as pessoas em situação de rua não se encaixam nesses padrões, e possuem especificidades distintas, onde muitas vezes, a rede que tem o papel de garantir acesso equânime, integral e universal, não está alinhada para essa finalidade. Esse fato convoca movimentos sociais, trabalhadores, gestão e demais atores envolvidos para fomentar novas práticas e adequações diante dessa

realidade, para implementarem possibilidades de acolhimento, acesso e cuidado, considerando as demandas dessa população. Considera-se essencial refletir sobre essas problematizações, objetivando a transposição dos preconceitos enraizados pelo senso comum, por meio de pesquisas, ações educativas, debates e conscientização para que essa população seja compreendida como cidadãos de direitos.

7 REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. A.; A influência dos modos de custeio na ação do prestador privado de serviços socioassistenciais. Tese (Doutorado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

ANDRADE, A. E. C. ET AL. Intervenção de Orientações de Autocuidado para pessoas em situação de rua: Relato da Experiência. RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar, Belo Horizonte, 2021.

ANDREATTA, G. Na Lama Prometida a Redenção. São Paulo, Editora O Recado, 1987.

AGUIAR, M. M. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro; v. 28, n. 1, p. 115-24, 2012. ALCOCK, P. Understanding Poverty. (2. ed.). London: MacMillian, 1997.

ALENCAR, M. O trabalho do assistente social nas organizações privadas não lucrativas. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. (Publicação: Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, Associação de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS V. 1) Brasília, CFESS/ABEPSS, 2009.

ALLEYNE, G. Entrevista concedida ao Jornal Folha de São Paulo. São Paulo, Dezembro, 1998.

ARAÚJO, C. L. R. Gestão social da população em situação de rua na cidade de Vitória-ES, 2005 a 2012. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória-ES, 2014.

BARRETO, R. O; PAES DE PAULA, A. P. Os dilemas da economia solidária: um estudo acerca da dificuldade de inserção dos indivíduos na lógica cooperativista. Cadernos EBAPE.BR, v. 7, n. 2, art. 2, p. 199-213, 2009. Disponível em <<http://www.spell.org.br/documentos/ver/769/os-dilemas-da-economia-solidaria-um-e-studo-acerca-da-dificuldade-de-insercao-dos-individuos-na-logica-cooperativista>>. Acesso em 30 de out. de 2022.

BARROS, N. F. As práticas integrativas e complementares como cuidado emancipador. <https://cursos.atencaobasica.org.br/conteudo/8900> (acesso em: 18/06/2021).

BELLONI, I; MAGALHÃES, H. D.; SOUSA, L. C. Metodologia de avaliação em políticas públicas. 2. Ed. São Paulo: Cortez Editora, 2001.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Planejamento. 1º Censo de População de Rua de Belo Horizonte. Relatório. Belo Horizonte: Prefeitura, 1998.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social; Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Assistência Social; Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais;

Instituto Nenuca de Desenvolvimento Sustentável -INSEA. 2º Censo da População de Rua e Análise Qualitativa da Situação dessa População em Belo Horizonte. *Relatório Final* (Mimeo). Belo Horizonte: MDS/SMAS/PUC Minas/INSEA, abril. 2006.

BORIN, M. E. S. Desigualdades e Rupturas Sociais na Metrópole: os moradores de rua em São Paulo. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e financiamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 10 jun 2023

_____. Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 20 dez. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Saúde Da População Em Situação De Rua, Uma Questão De Equidade. Brasília, DF, S/A.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.053 de dezembro de 2009. Política Nacional para a População em Situação de Rua; 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Saúde da população em situação de rua: um direito humano / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2014). Tipificação nacional de serviços socioassistenciais. Brasília, DF, MDS.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua-Centro Pop. Brasília, 2011a. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientac

oes_centro_pop.pdf. Acesso em: 01 de Mar. 2023.

_____. Portaria n. 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). Diário Oficial da União 2011; 2 mai.

_____. Sumário Executivo - Pesquisa Nacional Sobre População em Situação de Rua. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. Brasília, DF. Abril de 2008. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/PainelPEI/Publicacoes/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20a%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Rua.pdf>. Acesso: 01. fev. 2023.

_____. 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. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf. Acesso em: 18. set. 2022.

_____. Legislação: CF; Lei 8.080. Disponível em: <http://www.senado.gov.br>

BRUYNE, P. et al. Dinâmica da pesquisa em ciências sociais. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1997.

BURSZTYN, Marcel (org.). *No meio da rua: nômades, excluídos e viradores*. Brasília: Garamond, 2000.

CARNEIRO JUNIOR, N., JESUS, C. H., & Crevelim, M. A. (2010). A estratégia saúde da família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saúde e Sociedade*, 19(03), 709-716. doi: 10.1590/S0104-12902010000300021.

CARVALHO, A. I.; BARBOSA, P. R. Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS / Antônio Ivo de Carvalho, Pedro Ribeiro Barbosa. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010. 82p.

CARVALHO, J. M. *Bestializados: O rio de janeiro e a república que não foi*. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

CAMPBELL, D. J. T. et al. Primary health care needs and barriers to care among Calgary's homeless populations. *BMC Family Practice*, v. 139, n. 16, 2015.

CAMPOS JR, C. T. *O Novo Arrabalde*. Vitória: PMV, Secretaria Municipal de Cultura e Turismo, 1996, p. 132.

CAMPOS, C. V. D. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *RAP*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008.

CASTEL, R. A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à

desfiliação. Caderno CRH, Salvador, n. 26/27, p. 19-40, jan/dez, 1997.

CASTEL, R. As Metamorfoses da Questão Social: Uma Crônica do Salário. Tradução: Iraci D. Poleti – Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

CASTLES, F. G. (2004), The Future of the Welfare State – Crisis Myths and Crisis Realities. Oxford, Oxford University Press.

CHRYSTAL, J. Experience of primary care among homeless individuals with mental health conditions. PLOS ONE, v. 10, n. 2, February 2015.

COHN, A. "Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil". In LAURELL, Ana Cristina (org.) Estado e políticas sociais no capitalismo. São Paulo, Ed. Cortez/CEDEC, 1995.

COSTA. D. L. R. A Rua Em Movimento: experiências urbanas e jogos sociais em torno da população de rua. 2007. 241 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) Departamento de Antropologia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo, São Paulo 2007.

CUNHA, J.P.P., CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L.M. Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. Cap.2, p. 11-26.

DARDOT, P., LAVAL, C. A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.

DEMO, P. Metodologia do conhecimento científico. São Paulo: Atlas, 2000. FLICK, U. Introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre, Artmed, 2009. GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2011. p.184.

DRAIBE, S. M. Políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas". In Para a década de 90: prioridades e perspectivas de políticas públicas. Vol. 4 Políticas Sociais e organização do trabalho, Brasília: IPEA/IPLAN, março de 1990.

FERREIRA, J. C. G. Da Chácara à Favela. 2003. 1006 f. Monografia (Graduação em Ciências Sociais). Departamento de Ciências Sociais. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória ES, 2003.

FERREIRA, J. C. G. SITUAÇÃO DE RUA: o sofrimento social no centro do debate. Belo Horizonte: FLACSO/FPA, 2022.

FORUM CENTRO VIVO (org.). Violações dos Direitos Humanos no Centro de São Paulo: propostas e reivindicações para políticas públicas. Dossiê de Denúncia (mimeo). São Paulo, 2006. p.360. Disponível em: www.polis.org.br. acessado em 19 de dezembro de 2022.

FOUCAULT, M. Segurança, território, população. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRAGA, P. (2015). População em situação de rua e acesso à saúde. (Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis). Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/136309>

FREIRE, P. Criando métodos de pesquisa alternativa. In: Brandão, Carlos Rodrigues (Org.). Pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense, 1981.

FRIGOTTO, G. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In: FAZENDA, Ivani (Org.). Metodologia da pesquisa educacional. São Paulo: Cortez, 2010.

FONSECA, J. Curso de estatística. 6. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

GOODE, W. J.; HATI, P. K. Métodos em pesquisa social. 3. ed. São Paulo: Nacional, 1969.

GOULARTE, R. S. Pobre província: administração, território e hierarquias no Espírito Santo pós-Revolução do Porto. *Estud. hist. (Rio J.)* vol. 27 n. 53. Rio de Janeiro, jan./jun. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321862014000100188>. Acesso em: 2 mar. 2023

HALLAIS, J. A. S.; BARROS, N. F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.31,n.7,pp.1497-1504,2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102311x2015000701497&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 jun 2023.

Hirst, Paul. Marx e Engels: sobre direito, crime e moralidade. In: Taylor, Ian; Walton, Paul; Young, Jock (orgs.). *Criminologia crítica*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

INSTITUTO JONES DO SANTOS NEVES (IJSN). Pesquisa sobre População em situação de Rua da Região Metropolitana da Grande Vitória. Vitória- ES, IJSN, 2018.

KRIPPENDORFF, K. Metodologia de análisis de contenido: teoria e práctica. Barcelona, Ediciones Paidós, 1990.

KUNZ, G. S. Os modos de vida da população em situação de rua: narrativas de andanças nas ruas de Vitória/ES. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória-ES, 2012.

HOBSBAWM. E. J. História do marxismo. Rio de Janeiro, Paz e Terra, vol. II, 1989.

LAKATOS, E. M. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

LIMA, M.H.T. Exclusão Social: representações sociais da pobreza urbana no Brasil.

Vitória: EDUFES, 2005.

Lisboa, M. S. (2013). Os loucos de rua e as redes de saúde mental: os desafios do cuidado no território e a armadilha da institucionalização (Tese de Doutorado, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo). Recuperado de <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17023>

LODI, J. B. A entrevista: teoria e prática. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1974.

LOPES, B., AMARAL, J. N. Políticas Públicas: conceitos e práticas. Belo Horizonte, Sebrae/MG, 2008.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*. Vol. 1. Número 1, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v1n1/04.pdf> Acesso em 09 dez. 2021.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Técnicas de Pesquisa. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MARINS, L. F. C. Os serviços de atenção (na rua) à população em situação de rua de Vitória: uma situação contada em três tempos. 2013. 83 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) - C.C.H.N. – UFES, Vitória, 2013. Encontrado em: https://repositorio.ufes.br/bitstream/10/2941/1/tese_7361_Livia%20Marins.pdf. Acesso em 27 mar. 2023.

MARTINS, J. S. A sociedade vista do abismo: Novos estudos sobre a exclusão, pobreza e classes sociais. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MARX, K; ENGELS, F. A Ideologia alemã. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2001.

_____. Manifesto do Partido Comunista. *Estud. av.*, São Paulo, v. 12, n. 34, Dec. 1998.

_____. O CAPITAL. Livro 1, Tomo 2. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1996.

_____. O 18 Brumário de Luís Bonaparte. São Paulo: Boitempo, 2011.

MBEMBE, Achille. Necropolítica. *Arte & Ensaios: Revista do Programa de Pós-graduação em Artes Visuais EBA/UFRJ*, Rio de Janeiro, n. 32, p. 124-151, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/about/contact>>. Acesso em: 13 jul. 2023.

MELAMED, C. PIOLA, S.F. Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde. Editora Brasília. Brasília, 2011.

MELLO, A. T. C. A. P. As Imunidades e Isenções Tributárias no Terceiro Setor. Dissertação de Mestrado em Direito Tributário. Programa de Estudos

Pós-Graduados em Direito. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo. 2004.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa social. Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes. 2004.

MORAES, R. Análise de Conteúdo. Revista Educação. Porto Alegre. N° 37. março 1999.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. do C. Análise Textual Discursiva. 2. ed. Ijuí: Editora Unijuí, 2014.

MORGANTE, M. M. e SILVEIRA, L. Entre o imaginário e sujeito: a história de vida de uma prostituta de São Sebastião (1960-1980). Seminário Internacional Mundo das Mulheres e Fazendo Gênero 11 & 13, Florianópolis, 2017. Disponível em: http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499484742_ARQUIVO_TEXTOCOMPLETO.pdf. Acesso em: 2 fev. 2023.

MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA – MNPR. Cartilha de formação do Movimento Nacional da População de Rua, 2010. Disponível em: https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/MNPR_Cartilha_Direitos_Conhecer_para_lutar.pdf. Acesso em: 13 jul. 2021.

NAVARRO, P.; DIAZ, C. Análisis de contenido. Madrid: Sintesis, 1994.

NUNES, N. R. A. População em Situação de Rua: Abordagens interdisciplinares e perspectivas intersetoriais. 1 ed. Porto Alegre, RS. Editora Rede Unida, 2019.

OLIVEIRA R. C. O trabalho do antropólogo. Brasília, São Paulo: Paralelo XV, Ed. NESP; p.18, 2000.

OLIVEIRA, U. J. Elites políticas e transformações econômicas no Espírito Santo: da crise do café à criação do FUNDAP. EXPEDIÇÕES: TEORIA DA HISTÓRIA E HISTORIOGRAFIA. Goiânia – GO, v. 8, p. 173-200, 2017. Disponível em: https://www.revista.ueg.br/index.php/revista_geth/article/view/4581. Acesso em: 06 mar. 2023.

OMS. Relatório sobre a Saúde no Mundo. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. 2001.

PERINI, J. F. Hospital Adalto Botelho: Controle Social e Mulheres – Vitória – ES (Julho/1954 – dezembro/ 1950). 2013. 130 f. Dissertação (Mestrado em História Social das Relações Política) Centro de Ciências Humanas e Naturais. UFES, Vitória ES, 2013.

PIERSON (1998), Beyond the Welfare State: The New Political Economy of Welfare. Cambridge, Polity Press.

PIVA, I. M. P.; SIQUEIRA, M. P. S. A Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES

(1850 – 1889). Revista Agora, Vitória ES, nº 2, 2005, p 1 – 26. Encontrado em: <https://periodicos.ufes.br/agora/article/view/1889/1401>. Acesso em: 2 mar. 2023.

POPE, C. P.; MAYS, N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

PRATES, J. C. Possibilidades de mediação entre a teoria marxiana e o trabalho do Assistente Social. Tese de Doutorado, Porto Alegre, PUCRS, 2003.

POLIGNANO, M. V. Histórias das Políticas de Saúde no Brasil: Uma Pequena Revisão. Cadernos do Internato Rural - Faculdade de Medicina/UFMG, 2001. Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-n-o-brasil-\[16-030112-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-n-o-brasil-[16-030112-SES-MT].pdf) Acesso em: 09 dez. 2021.

REIS JUNIOR, A. G. Estudo de caso da equipe de Saúde da Família para população em situação de rua de Belo Horizonte/MG. Dissertação de mestrado profissional, ENSP/FIOCRUZ. Brasília, 2011.

ROBAINA, I. M. M. Entre Mobilidades e Permanências: Uma Análise das Espacialidades Cotidianas da População em Situação de Rua na Área Central da Cidade do Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em Geografia). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

ROCHA, H. C. e MORANDI, A. M. Cafeicultura e Grande Indústria: A Transição no Espírito Santo 1955 – 1986. Vitória: FCAA, 1991.

RUEDEL, A. Da representação ao sentido: através de Schleiermacher à hermenêutica atual. 1999. Tese (Filosofia) – PUCRS, Porto Alegre, 1999.

SABER VIVER. Saber viver profissional, População de rua, 2010. <http://saberviver.org.br/publicacoes/populacao-de-rua/> Acesso em: 09 dez. 2021.

SALDANHA, R. M. B. (2014). Dormitório urbano: “Uma problemática social (in)sustentável” (dissertação). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Saúde da população em situação de rua: um direito humano. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 38p.: il. 2014 Ministério da Saúde.

SELLTIZ, C. Métodos de pesquisa nas relações sociais. São Paulo: Herder: Edusp, 1965.

SIEGEL P., BARROS, N. F. Análise sociológica das políticas de saúde. Ciência e Saúde Coletiva, 2012.

SILVA, C. C. População em situação de rua e atenção primária: a prática de cuidado em um Consultório na Rua da Cidade do Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz,

Rio de Janeiro, 2013.

SILVA, M. Z. Trajetória político-institucional recente do Espírito Santo. In: VESCOVI, Ana Paula Vitali Janes; BONELL Regis (Org.). Espírito Santo: Instituições Desenvolvimento e Inclusão Social. Governo do Estado do Espírito Santo. Vitória, 2010.

SINGER, P. Economia Política da Urbanização, 14^a. ed. São Paulo: Contexto, 1998.

SOUZA, R. R. de. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 6(2): 451-455, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v6n2/7015.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2021.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (suplemento) Rio de Janeiro, p. 153-162, 2002.

TELLES, V. S. “A pobreza como condição de vida: família, trabalho e direitos entre as classes trabalhadoras urbanas”. São Paulo em Perspectiva. Revista da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE, v. 4, n. 2, abr./jun. 1990.

THEODORO, M. BRITTO, M. Avaliação da participação social: os Conselhos Federais de Política Social o caso do CODEFAT. Brasília: IPEA, 2002

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VARANDA W, ADORNO R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde Soc.* 2004; 13:56-69.

VEGHTE, B. W. Welfare State. In: DARITY JR., W. A. (ed). *International Encyclopedia of the Social Sciences*. 2. ed. McMillan: United States, 2008.

VIEIRA, M. A. da C.; BEZERRA, E. M. R. e ROSA, C. M. M. (org.). *População de rua: quem é, como vive, como é vista*. 3^a ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

VUORI, H. A qualidade da Saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, 3:17-25. 1991.

WHO. Regional Office for Europe’s Health Evidence Network (HEN). How can health care systems effectively deal with the major health care needs of homeless people? January, 2005.

8 APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA

8.1 BLOCO I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Sexo: M () F ()

Idade: ____ anos

Raça/Cor: () Branca () Negra () Parda () Amarela () Indígena

Naturalidade: _____

Escolaridade: () EFI () EFC () EMI () EMC () Sup. Inc. () Sup.

Comp. () Analfabeto

Tempo em situação de rua? _____

Possui documentação? Qual? _____

Onde costuma permanecer e pernoitar _____

Acessa quais serviços: _____

Como obtém suas refeições: _____

Qual motivo o fez ir para as
ruas? _____

Dispõe de alguma renda? _____

Realiza algum trabalho? _____

Profissão? _____

8.2 BLOCO II - SOBRE A SAÚDE

Apresenta alguma queixa de saúde? _____

Apresenta doença crônica? _____

Realiza acompanhamento? _____

Já esteve hospitalizado? Caso sim, por que e por quanto tempo? Sim () Não ()

Há quanto tempo possui queixas de saúde? _____

Faz uso de algum medicamento? _____

Costuma seguir/concluir o tratamento? _____

Caso não, por que? _____

8.3 BLOCO III – ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Já foi ou é atendido na unidade de saúde de Jardim da Penha ou do Centro?

Ao buscar o atendimento na unidade de saúde, você encontrou alguma dificuldade?

Caso sim qual (is)?

Como você avalia o atendimento que lhe foi ofertado na unidade de saúde, desde a recepção, até o profissional de saúde?

Você foi acolhido como gostaria? Descreva.

Informe três sentimentos despertados em você ao pensar em buscar atendimento na saúde.

Caso o atendimento recebido tenha sido insatisfatório, relate porque você acha que foi atendido de maneira inadequada.

Em algum momento você se sentiu discriminado? Em caso positivo, explique de que forma e por quais aspectos?

Que sugestões você daria para melhorar o atendimento das pessoas em situação de rua nas unidades de saúde?

8.4 ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DO CONSULTÓRIO NA RUA

Qual seu território de atuação? _____

Área de formação? _____

Há quanto tempo atua no Consultório na Rua? _____

Recebeu capacitação para trabalhar com pessoas e situação de rua? _____

Qual é a composição profissional da equipe?

A equipe possui todo o material de trabalho necessário disponível?

Com que frequência os atendimentos na rua ocorrem? _____

Como profissional o que você considera mais importante no atendimento a essa população?

Como é feita a aproximação e abordagem a essa população?

Existem protocolos específicos para atender a essa população? Se sim, quais são, e como vocês os utilizam?

Quais as principais queixas de saúde das pessoas em situação de rua?

Qual é a metodologia adotada pela equipe para aumentar a probabilidade de adesão do usuário ao tratamento de saúde?

Quais as principais dificuldades encontradas pela equipe para a garantia de acesso a saúde?

Quais são as estratégias utilizadas pelas equipes para favorecer o acesso às populações em situação de rua aos serviços de saúde?

Quais as principais dificuldades encontradas pela equipe para a interface com as demais políticas públicas?

Qual a importância da equipe do Consultório na Rua para a busca da integralidade e intersetorialidade no atendimento as PSR?

9 APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar como voluntário da pesquisa intitulada:

COMO SE CONFIGURA O ACESSO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES?

sob a responsabilidade do pesquisador GLAUBER DOS REIS RIBEIRO.

JUSTIFICATIVA: Diante das inúmeras limitações e dificuldades encontradas no contexto de vida das pessoas em situação de rua, observa-se a necessidade de avaliar se a eficácia das políticas públicas, em especial a de saúde, são suficientes para atender às demandas específicas dessa população, trazendo principalmente a realidade no município de Vitória-ES. As pessoas em situação de rua apresentam agravos à saúde física e mental mais significativos do que a população em geral e podem enfrentar dificuldades de acesso à rede de atenção à saúde. O presente projeto chama atenção para a relação entre a população em situação de rua e o sistema de saúde, a fim de apontar as possíveis falhas e incoerências do modelo de atenção à saúde atual para lidar esse público. Assim, torna-se necessário fomentar essa discussão, considerando que as possíveis dificuldades de acesso se opõem aos princípios do SUS.

OBJETIVO (S) DA PESQUISA:

OBJETIVO GERAL

Analisar as possibilidades e barreiras enfrentadas por pessoas em situação de rua no acesso aos serviços de saúde do município de Vitória-ES, a fim de contribuir com subsídios para o aprimoramento da política pública de saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as principais características das pessoas em situação de rua no município;
- Identificar as principais dificuldades apontadas pela equipe para a garantia de acesso a saúde e quais estratégias são utilizadas para favorecer o acesso desse

segmento populacional;

- Investigar como os sujeitos percebem o seu acesso aos serviços de atenção primária em saúde, em Vitória;

PROCEDIMENTOS: Para atender aos objetivos apontados, serão realizadas entrevistas individuais com pessoas em situação de rua e profissionais do município.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA: A pesquisa ocorrerá a partir da aprovação do CEP, com a duração de 20 minutos para cada participante nas vias públicas do município de Vitória-ES.

RISCOS E DESCONFORTOS: Como toda pesquisa com seres humanos, é válido mencionar que pesquisas que envolvem seres humanos estão sujeitas a possibilidade de danos de ordem social, psíquica ou moral, considerando que envolve a realização de entrevistas com gravação. Entretanto, tais riscos serão reduzidos por meio do cumprimento das considerações elencadas nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde: 466/2012 e 510/2016, onde o pesquisador se compromete formalmente em garantir aos participantes a confidencialidade das informações, anonimato, sigilo e respeito a dignidade humana. O desejo de permanência e contribuição ou não dos participantes da pesquisa será assegurado através de manifestação expressa, livre e esclarecida. Sendo assim, qualquer tipo de constrangimento ou desconforto será evitado pelo pesquisador, com formação na área de Psicologia e dispõe de competência para diminuir significativamente qualquer probabilidade de risco aos participantes.

BENEFÍCIOS: O projeto anseia reforçar a garantia do acesso à saúde, de forma integral e universal, conforme explicitado na Constituição Federal do Brasil (CF) em seu artigo 196, onde se estabelece como dever do Estado a ser concretizado por meio da política pública. Sendo assim, a pesquisa visa estudar as dificuldades e potencialidades encontradas na realidade dos serviços que compõem a rede de saúde pública municipal de Vitória, visando a produção de conhecimento científico através da ótica dos usuários para aperfeiçoamento dos serviços de saúde, objetivando a garantia do atendimento das demandas da comunidade estudada de

forma adequada.

ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: O pesquisador se responsabiliza pelo acompanhamento e pela assistência imediata e integral aos participantes da pesquisa, que em decorrência de complicações e danos decorrentes, direta ou indiretamente, do estudo, sem ônus de qualquer espécie, em situações em que dela necessitem.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO: O (a) entrevistado (a) não é obrigado (a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento, sem que seja penalizada ou que tenha prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, a pessoa do entrevistado não será mais contatada pelo pesquisador.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE: O pesquisador se compromete a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após finalizada e publicada.

GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO: A participação na pesquisa se dará de forma espontânea, sem que acarrete para os (as) envolvidos (as) qualquer incentivo ou ônus, haja vista que os instrumentos, bem como a metodologia adotada tem a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso do estudo.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO: Conforme descrito na lei civil, fica garantido ao participante o direito de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, você poderá contatar o (a) GLAUBER DOS REIS RIBEIRO no telefone (27)99610-8786, via e-mail glauber2005@gmail.com ou Rua João Jantorno, 10, Fradinhos, Vitória-ES. Você também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Ciências da Saúde- EMESCAM (CEP/EMESCAM) através do telefone (27) 3334-3586, e-mail comite.etica@emescam.br ou correio: Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza – Vitória – ES – 29045-402. O CEP/ EMESCAM

tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a quinta-feira das 13:30h às 17h e sexta-feira, das 13:30h às 16h.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo pesquisador principal ou seu representante,

Vitória, ES, _____ de _____ de _____.

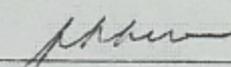
Participante da pesquisa

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “**COMO SE CONFIGURA O ACESSO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES?**”, eu, GLAUBER DOS REIS RIBEIRO, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisador

AS OUTRAS PÁGINAS ALÉM DESTA DEVERÃO SER RUBRICADAS

10 APÊNDICE C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

 PREFEITURA DE VITÓRIA Secretaria de Saúde		CARTA DE APRESENTAÇÃO	
Origem	Destino	Data	Emitida por
SEMUS/ETSUS-VITÓRIA	SEMUS/ PMV/SEMUS/UBS Jardim da Penha e UBS Centro - Geny Grijó	27/03/2023	Regina
Resumo do Assunto			
ENCAMINHAMENTO DE PESQUISADOR			
<p>Senhor(a) Diretor(a),</p> <p>Sr(a). Diretor(a),</p> <p>O projeto de pesquisa intitulado "Como se Configura o Acesso da População em Situação de Rua aos Serviços de Saúde no Município de Vitória- ES?", de autoria do pesquisador Glauber dos Reis Ribeiro, foi aprovado pela Comissão Técnica de Pesquisa da PMV/SEMUS, instituída pela Portaria n.º 038/2021.</p> <p>Esclarecemos que o presente tem como objetivo analisar as possibilidades e barreiras enfrentadas por pessoas em situação de rua no acesso aos serviços de saúde do município de Vitória-ES, a fim de contribuir com subsídios para o aprimoramento da política pública de saúde.</p> <p>Ressaltamos que o pesquisador foi orientado que a liberação da pesquisa está condicionada à devolução dos resultados em forma de CD e/ou apresentação oral para a Secretaria Municipal de Saúde (PMV/SEMUS) e que a não devolutiva dos resultados em até dois meses após o término desta referida pesquisa, implicará no indeferimento de novas solicitações do(s) pesquisador(es).</p> <p>Solicitamos que a pesquisa seja viabilizada por este setor e informamos que esta autorização tem validade de 1 ano.</p> <p>Reafirmamos que cabe ao pesquisador o convite aos participantes, após acordo com o Diretor do Serviço.</p> <p>Atenciosamente,</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Josenan de Alcântara Almeida Costa Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde</p>			