

Cidadania e o direito à saúde da população em situação de rua: um olhar sobre a estratégia do Consultório na Rua

- Ciudadanía y derecho a la salud de la población en situación de calle: una mirada a la estrategia del Consultorio en la Calle
- Citizenship and the right to health of the homeless population: a look at the strategy of the Street Clinic

Maria Izabel Sanches Costa¹

Fabiana Santos Lucena²

Resumo: A saúde, como direito humano fundamental, foi ampliada a toda população em 1988, a partir da promulgação da Constituição Federal Brasileira, que determinou que todo e qualquer cidadão tem direito a acessar os serviços de saúde. A Política Nacional da População em Situação de Rua (PNPSR), instituída em 2009, reforçou a necessidade de políticas que garantem a esta

1 Doutora em Saúde Pública na Universidade de São Paulo (USP), graduada e mestre em Ciências Políticas pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Pós-doutora em Administração Pública na FGV-EAESP. Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. belcost@gmail.com

2 Graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e mestrado em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo. Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. fabiana.lucena@isaude.sp.gov.br

população o acesso aos serviços públicos, incluindo a saúde. Devido a necessidade de efetivar o direito à saúde da PSR, surgiu em 2011 a estratégia do Consultório na Rua (CnR). Este artigo trata de um ensaio que tem como objetivo refletir sobre o status de cidadania da população em situação de rua (PSR), frente ao acesso à política de saúde brasileira. Para a fundamentação desse ensaio, adotaram-se autores que vêm trabalhando com o tema de cidadania, exclusão social, vulnerabilidade e população em situação de rua. Ao categorizar a PSR como cidadãos isolados, argumenta-se que os estigmas e a exclusão social vivida por tais indivíduos fazem com que sejam privados de praticamente todos os direitos de cidadania e não sejam reconhecidos pela sociedade como tal. Evidencia-se que fato de os profissionais da saúde estarem inseridos na rua na estratégia do CnR, potencializa a construção de vínculos, permite identificar problemas e priorizar intervenções, individualizar as necessidades e promover cuidados equitativos. Entretanto, muitos têm sido os desafios que vão desde a dificuldade do trabalho em rede, da garantia do cuidado na rede especializada até a persistência de estigmas. Argumenta-se que ainda é preciso avançar no reconhecimento do status de cidadania dessa população para que então tenham seus direitos garantidos. Por fim, argumenta-se que, apesar da sua relevância, o direito à saúde é tão somente um dos necessários para a efetivação da cidadania plena da PSR. É necessário a estruturação de um arranjo institucional intersetorial, que articule a política de saúde, a seguridade social, o trabalho, a moradia, a educação etc.

Palavras-chave: População em situação de rua. Cidadania. Consultório na rua. Direito à saúde.

Resumen: La salud como derecho humano fundamental fue instituida para toda la población en 1988 tras la promulgación de la Constitución Federal brasileña, que determinó que todo ciudadano tiene derecho a acceder a los servicios de salud. La Política Nacional de Población en Situación de Calle, establecida en 2009, reforzó la necesidad de políticas que garanticen el acceso de esta población a los servicios públicos, incluida la salud. La estrategia de la Consultorio en la Calle surgió en 2011 debido a la necesidad de implementar el derecho a la salud de la población sin hogar. Este artículo es un ensayo que tiene como objetivo reflexionar sobre el estatus de ciudadanía de la población sin hogar en relación con el acceso a la política de salud brasileña. Al catalogar a la población sin hogar como un ciudadano aislado, se argumenta que los estigmas y la exclusión social que experimentan estos individuos los privan de prácticamente todos los derechos de ciudadanía y no son reconocidos por

la sociedad como tales. Para la base de este ensayo, se adoptaron autores que vienen trabajando con el tema de la ciudadanía, la exclusión social, la vulnerabilidad y la población sin hogar. Este artículo muestra que el hecho de que los profesionales de la salud se inserten en la calle, potencia la construcción de vínculos, permite identificar problemas y priorizar intervenciones, individualizando necesidades y promoviendo un cuidado equitativo. Sin embargo, ha habido muchos desafíos, que van desde la dificultad de trabajar en red, garantizando la atención en la red especializada, hasta la persistencia de los estigmas. Se argumenta que aún es necesario avanzar en el reconocimiento de la ciudadanía de esta población para que se garanticen sus derechos. Finalmente, se argumenta que, a pesar de su relevancia, el derecho a la salud es sólo uno de los necesarios para la realización de la ciudadanía plena de la PSR. Es fundamental estructurar un arreglo institucional intersectorial que articule la política de salud, seguridad social, trabajo, vivienda, educación, etc.

Palabras clave: Población sin hogar. Ciudadanía. Oficina en la calle. Derecho a la salud.

Abstract: Health, as a fundamental human right, was expanded to the entire population in 1988, after the promulgation of the Brazilian Federal Constitution, which determined that every citizen has the right to access health services. The National Policy of the Homeless Population, established in 2009, reinforced the need for policies that guarantee this population access to public services, including health. The Street Clinic strategy emerged in 2011 due the need to assure the right to health of the homeless population. This article is an essay that aims to reflect on the citizenship status of the homeless population, regarding the access to Brazilian health policy. This essay is based in authors who have been working with the theme of citizenship, social exclusion, vulnerability and homeless population. By categorizing the homeless population as isolated citizens, it is argued that the stigmas and social exclusion experienced by such individuals make them deprived of virtually all citizenship rights and are not recognized by society as such. It is evident that the fact that health professionals are working in the street, enhances the construction of bonds, allows identifying problems and prioritizing interventions, individualizing needs, and promoting equitable care. However, there still have many challenges ranging from the difficulty of networking, from ensuring care in the specialized network to the persistence of stigmas. It is argued that it is still necessary to advance in the recognition of the citizenship status of this population so that their rights are guaranteed. Finally, it is argued that, despite its

relevance, the right to health is only one of the necessary for the realization of full citizenship of the homeless population. It is essential to structure an intersectoral institutional arrangement that articulates health policy, social security, work, housing, education and others.

Keywords: Homeless population. Citizenship. Office on the street. Right to health.

1. Introdução

Este artigo trata de um ensaio que tem como objetivo refletir sobre o status de cidadania da população em situação de rua (PSR) frente ao acesso à política de saúde brasileira. Fundamenta-se na premissa que a cidadania não é algo estático e universal, mas sim, uma noção construída socialmente e que ganha sentido nas experiências sociais e individuais (COSTA; IANNI, 2018). De fato; vulnerabilidades, desigualdades e iniquidades produzem categorias de cidadania e interferem nas garantias de direitos. Assim, é indiscutível que o contexto em que o indivíduo está inserido impacta na sua experiência enquanto cidadão.

Argumenta-se que os estigmas e a exclusão social vivida pela População em Situação de Rua (PSR) fazem com que tais indivíduos sejam privados de, praticamente, todos os direitos de cidadania e não sejam reconhecidos pela sociedade como tal.

A Constituição de 1988 determinou que todo e qualquer cidadão tem direito a acessar os serviços de saúde, independente do gênero, classe, raça, idade etc. Entretanto, a PSR ainda encontra barreiras para a garantia de tais direitos. A implementação da estratégia da equipe do Consultório na Rua (CnaR) tem buscado alterar esta situação, mas ainda são muitos os desafios. A proposta desse ensaio é trazer algumas reflexões sobre o alcance desse direito à PSR e o reconhecimento do seu status de cidadão.

Adotou-se, para fundamentação desse ensaio, autores que vêm trabalhando com o tema de cidadania, exclusão social, vulnerabilidade e população em situação de rua. Também foi realizada uma revisão narrativa de artigos científicos sobre a atenção à saúde da PSR com enfoque na estratégia do Consultório na Rua.

O artigo está estruturado em duas seções, além desta Introdução e das Considerações finais. Na segunda seção debatemos a definição do conceito de cidadania para a PSR, bem como os encaixes e desencaixes do acesso ao direito à saúde por parte de tais indivíduos. Na terceira seção são proble-

matizadas as ações da estratégia da equipe do CnaR, considerando o acesso aos serviços de saúde e o reconhecimento do status de cidadania. Em sua última parte, têm-se as considerações finais.

2. A população em situação de rua: o cidadão isolado

Parte-se da concepção, de Costa e Ianni (2018), de que a cidadania é uma noção construída socialmente e ganha sentido nas experiências sociais e individuais e, por isso, é compreendida como uma identidade sócio-política. É uma identidade porque ela precisa ser reconhecida pelo próprio indivíduo e validada pela comunidade. É social e política, pois faz parte da relação entre o Estado e a sociedade. A partir dessa identidade, o cidadão passa a ter um conjunto de direitos e deveres diante da sociedade da qual faz parte. Essa sociedade é delimitada territorialmente e, portanto, vinculada a uma comunidade política, formada por um Estado-nação que tem um conjunto de práticas políticas, econômicas, jurídicas e culturais.

Dessa perspectiva, Costa e Ianni (2018) concebem a cidadania como identidade social política constituída por três elementos: o primeiro elemento garante o pertencimento, o segundo garante o exercício político da cidadania e o terceiro garante os direitos e os deveres do cidadão, isto é, sua proteção social, civil e política. Segundo as autoras, apesar da identidade social política ideal ser constituída pelos três elementos, essa composição não é rígida. Ela pode ser composta de um, dois ou três elementos. O único elemento essencial para sua constituição é o de pertencimento a uma comunidade. A combinação desses elementos forma três grupos de cidadãos: cidadão pleno, cidadão politicamente passivo e cidadão isolado.

O primeiro grupo é composto pelas três dimensões e é caracterizado por ser politicamente ativo, com consciência de seus deveres, e que luta pela garantia e ampliação dos direitos. Do segundo, fazem parte os elementos: pertencimento e detentor de direitos e deveres. É caracterizado por não participar da vida política, seja por apatia ou descrença em relação à política ou por se encontrarem impossibilitados para tal exercício. Apesar de não ser ativo politicamente, tem conhecimento de seu pertencimento e de como usufruir e garantir seus direitos. O terceiro é constituído apenas pelo elemento de pertencimento e caracterizado por não conseguir exercer seus direitos políticos e por não ter garantidos seus direitos como cidadãos. Alguns são indivíduos considerados inimputáveis, isto é, não responsáveis por seus atos e, então, tutelados pelo Estado ou por outro indivíduo responsável por eles. Outros são indivíduos em situação de extrema vulnerabilidade e

que vivem em situação de invisibilidade tanto pela sociedade quanto pelo Estado.

O cidadão isolado pertence ao terceiro grupo e vive cotidianamente os efeitos do processo de exclusão social. É nesta categoria de cidadão isolado que se encaixa grande parte das pessoas em situação de rua, encontrando fragilidades nas dimensões da participação política/coletiva e da dimensão de garantias de direitos e deveres, tendo apenas resguardada a dimensão de pertencimento ao Estado-nação.

Apesar da situação de extrema vulnerabilidade e exclusão a que essas pessoas estão submetidas, ainda assim é possível encontrar algumas delas mobilizadas, apresentando consciência de seus direitos e na luta por sua garantia e ampliação. Esse é o caso daqueles que se organizam no Movimento Nacional de Moradores de Rua. O movimento teve início em 2005, após o assassinato de sete pessoas na região da Praça da Sé em São Paulo, tendo sido organizado por “ex-moradores de rua” e pessoas que ainda se encontram em situação de rua.

Indivíduos vivendo em situação de rua constituem-se um fenômeno antigo e mundial inerente às grandes metrópoles contemporâneas. Ao longo das últimas décadas e, em especial, nos dois últimos anos, em decorrência da crise econômica deflagrada pela pandemia da Covid-19, houve um aumento dessa população no Brasil, de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Em março de 2020, último período pesquisado, no Brasil havia 221.869 PSR. Se levarmos em conta que este dado não contempla todo o período acirrado da pandemia, provavelmente, o número de pessoas em situação de rua em 2021 aumentou de forma significativa. Esta hipótese tem como justificativa os dados do último Censo da População em Situação de Rua da Cidade de São Paulo, desenvolvido pela Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), realizado no final de 2021. A pesquisa identificou que o número passou de 24.344 para 31.884, representando um aumento de 31% nos últimos dois anos (SÃO PAULO, 2021).

Enquanto uma parte da literatura brasileira aponta que este fenômeno acirrou-se nas últimas décadas com o processo de industrialização e desenvolvimento do capitalismo (ROSA, 1999; SILVA, 2009), outros estudiosos o relacionam a causas estruturais da história da sociedade brasileira, complexas e associadas a fatores econômicos, sociais e culturais que culminaram em situações de extrema pobreza e “apartações sociais” (VARANDA; ADORNO, 2004; ANDRADE, 2019; ESCOREL, 2009, PAIVA *et al.*, 2015). Independentemente da abordagem, é indiscutível o fato que este fenômeno está vinculado a um processo de exclusão social.

Vera (2011) ressalta que a exclusão social configura-se como marca inquestionável do desenvolvimento capitalista brasileiro e que os processos sociais excludentes estão presentes desde os tempos. A literatura, frequentemente, define que a exclusão social é composta por três dimensões: a econômica, a social e a simbólica (ESCOREL, 2009; WANDERLEY, 2001; DÉCHAMPS, 1998, *In*: ESTIVILL, 2003). Sposati (1999) ratifica tais dimensões ao afirmar que pobreza absoluta ou relativa – dimensão econômica – pode ser somada a questões de discriminação e estigma – dimensão social. Isto significa afirmar que a exclusão social pode somar a privação econômica à discriminação e à fragilidade de vínculos sociais.

Desta forma, partimos aqui da concepção que a exclusão social é um processo pluridimensional que segrega e inferioriza um indivíduo ou um grupo perante a sociedade a qual pertence. Este processo é composto por três fatores que aferem graus de vulnerabilidade social: precarização do trabalho, precarização da sociabilidade primária e estigma (COSTA; IANNI, 2018). A primeira está relacionada às fragilidades na inserção do mundo do trabalho e, portanto, nas formas de sobrevivência no mundo capitalista. A segunda é regida pelos vínculos com família, vizinhança, amigos etc. Tais vínculos proporcionam o sentimento de pertencimento e integração a uma rede, a uma comunidade que lhe confere suporte (CASTEL, 1998). A terceira se refere a um atributo que torna o indivíduo diferente do que é considerado padrão pela sociedade e, portanto, lhe confere um descrédito (GOF-FMAN, 1978).

Apesar de comumente ouvirmos referências à população em situação de rua como um grupo homogêneo, o Censo de Moradores de Rua da Cidade de São Paulo (NATALINO, 2016) e outras pesquisas mais detalhadas demonstram a existência de uma gama de diversidade vão desde idade, escolaridade, vínculo familiar, tempo em que está em situação de rua, etc. (VIEIRA *et al.*, 1992; ROSA, 1999; VARANDA; ADORNO, 2004). É nesse sentido que Rosa, Cavicchioli e Brêtas (2005) afirmam ser difícil a definição de PSR, visto às múltiplas condições individuais e fatores que os levaram a tal situação, bem como a diversidade de soluções para a garantia da sobrevivência nas ruas. Apesar da diversidade deste grupo, podemos afirmar que é quase unânime a presença das três dimensões – precarização do trabalho, precarização da sociabilidade primária e estigma (COSTA; IANNI, 2018) – o que afere a esta população um alto grau de vulnerabilidade social.

Esta concepção está em consonância com a Política Nacional da População em Situação de Rua (Brasil, 2009) que define que PSR como um

[...] grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, bem como, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular. Utilizam logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente. Ademais, usam as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Brasil, 2009, p. 1).

O preconceito e a discriminação estão relacionados a diversos estigmas que circundam a PSR, pois há uma ideia geral de que são pessoas perigosas, preguiçosas e que fazem uso abusivo de álcool e substâncias psicoativas. Fortemente associada à dificuldade de manutenção da higiene pessoal, há também à discriminação física em decorrência da aparência. “Um corpo marginalizado, sujo e exalando fortes odores não condiz com o ideal de uma sociedade limpa” (VALLE; FARAH, 2020, p. 185) e organizada. A própria aparência impossibilita a inclusão do mercado de trabalho formal, forçando-os a trabalhar na informalidade e excluindo-os da proteção social garantida por um registro em carteira de trabalho. Ademais, a internalização do preconceito sofrido dia após dia cria uma identificação do sujeito com as representações sociais a ele atribuídas, criando um sentimento de fracasso e baixa autoestima. “Fruto de um contexto sócio-histórico, a representação é sentida como atributo individual, produzindo sentimentos de fracasso e de incompetência social” (CAMPOS; SOUZA, 2013). É um ciclo difícil de romper sem suporte.

Muitas pesquisas têm demonstrado tanto as fragilidades quanto o rompimento dos vínculos familiares das PSR (FRANGELLA, 2009; VALLE; FARAH, 2020; ROSA, 2005; VARANDA; ADORNO, 2004). O rompimento pode ser tanto a causa para esta situação – casos de violência e abuso doméstico, brigas e desentendimentos – quanto uma consequência pela atual situação. Para além das relações familiares, a própria dinâmica de sobrevivência na rua torna mais complexa a criação de laços e confiança (FRANGELLA, 2009). De qualquer forma, esse é um forte indicador para a existência da precarização da sociabilidade primária e, portanto, falta de suporte social no enfrentamento de vulnerabilidades.

Apesar de a literatura ratificar fortemente a existência da dimensão da precarização da sociabilidade primária, último censo da Cidade de São Paulo (SÃO PAULO, 2021) demonstra que houve uma mudança no perfil da PSR da capital que impacta nesta dimensão. De acordo com o levantamento, houve um aumento significativo de moradias improvisadas nas vias públicas – barracas de camping e barracos de madeira – com famílias que foram morar recentemente na rua. São famílias principalmente constituídas por mulheres, crianças e idosos que perderam sua moradia em decorrência da dimensão da precariedade do trabalho e, por estarem em situação de rua, adquiriram a

dimensão do estigma.

Em consonância à concepção de Varanda e Adorno (2004), partimos do pressuposto da necessidade de reconhecer as particularidades das experiências de cada pessoa; entretanto, reforçamos a necessidade de não restringir este fenômeno a tal universo de análise, tendo em vista que se pode facilmente cair no discurso da culpabilização do indivíduo por sua trajetória, visto que este fenômeno merece análises sociais macro estruturais. É neste sentido que aqui ratificamos que, ao se falar do processo de exclusão social, não se pode deixar de lado questões macro como o desemprego, a precarização do trabalho, a valorização especulativa do capital, a tecnologização do processo produtivo, o racismo estrutural, iniquidade e a extrema desigualdade social. Tais variáveis produzem tanto efeitos sociais quanto individuais, são processos imbricados que se retroalimentam.

Viver na rua provoca uma ruptura com as formas aceitas de sobrevivência legitimadas pelo modo de produção capitalista. O contexto em que essas pessoas vivem as mantém em uma posição de exclusão, de invisibilidade e, portanto, destituídas das duas dimensões de cidadania de direitos e deveres e de participação política. Isto as tornam cidadãos isolados. A sua própria condição de exclusão social torna a sua cidadania invisível para os demais cidadãos. Quando são visualizadas, são tratadas como “objeto de tutela estatal” sendo alvo de filantropia e caridade (ROSA *et al*, 2005).

O viver na rua, ser cidadão isolado, privado de direitos e não visualizado pela sociedade traz marcas físicas e psíquicas. A marginalização em que essas pessoas vivem é produtora de necessidades de cuidados em saúde, porém essa condição também é fator de exclusão para o acesso aos serviços de saúde apesar deste se constituir em um direito universal.

3. O direito à saúde

A saúde como direito humano fundamental foi instituída a toda população em 1988 a partir da promulgação da Constituição Federal Brasileira, que determinou que todo e qualquer cidadão tem direito a acessar os serviços de saúde, independente do gênero, classe, idade, sem sofrer qualquer preconceito. A saúde foi considerada um direito universal no Brasil e este direito ganhou forma com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi regulamentado a partir de 1990, pautado nos princípios de universalidade, igualdade e equidade.

Após quase 35 anos da promulgação do SUS, muitos foram os avanços da efetivação do direito à saúde, mas muitas têm sido as dificuldades na

garantia de seus princípios. Isto se vê, sobretudo, na garantia de acesso aos serviços de saúde para as populações marginalizadas, como a constituída por PSR.

A Política Nacional da População em Situação de Rua (PNPSR), instituída em 2009, reforçou a necessidade de políticas que garantam a esta população o acesso aos serviços públicos, incluindo a saúde. Em 2011, a partir da portaria 122, foram definidas as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua (CnaR), que são vinculadas a Atenção Básica (AB), e que realizam atendimento à população em situação de rua (BRASIL, 2011). Importante destacar que o cuidado à população em situação de rua é anterior a essa portaria, porém é a partir da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) de 2011 que se estabelece nacionalmente que a Atenção Básica deve ter equipes específicas para garantir um atendimento integral a essa população.

Essa política se justifica por dois motivos. Apesar da portaria nº 940/2011 garantir que “ciganos nômades e os moradores de rua” não necessitem de comprovante de endereço para solicitar o Cartão SUS, ainda assim muitas vezes exige-se documentação pessoal (RG) e comprovante de residência para o cadastro nas Unidades Básicas de Saúde, o que é um obstáculo para muitas pessoas em situação de rua. Cabe ressaltar que a falta de documentação reflete no acesso aos diversos direitos, entre eles o acesso a serviços hospitalares, já que essa população não procura esse nível de assistência por não ter garantia de atendimento em caso de falta de documentação. Desta forma, a exigência de documentação para acesso aos serviços de saúde configura-se como mais uma forma de violência e negação de mais um direito que deveria ser garantido pelo Estado (SANTOS, 2021). O segundo motivo está relacionado ao fato de que a maior parte da população em situação de rua procura serviços de emergências por demandas que poderiam ser resolvidas pela Atenção Básica (SANTOS; ALMEIDA, 2021), que também teria a promoção da saúde como serviço prestado a essa população.

No SUS temos a AB como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, sendo a responsável pelo acompanhamento e encaminhamento aos demais serviços especializados a fim de garantir acesso às diferentes demandas e necessidades em saúde dos usuários. Tais fatos demonstram que a lógica da territorialidade, do cadastramento da população adscrita do SUS e da AB como porta de entrada estão em dissonância com a PSR. A imposição da AB de cadastrar moradores de um território adstrito para atendimento, traz a vinculação do acesso à saúde à posse de um domicílio. Ou seja, a falta de acesso ao direito à moradia acarreta na impossibilidade do direito à saúde (RODRIGUES, 2016; VALLE; FARAH, 2020).

Visando superar tais barreiras e garantir o acesso da PSR à saúde, o CnaR tem como proposta ser a porta de entrada ao SUS para essa população. Tem como princípio norteador o respeito às diferenças, a promoção dos direitos humanos, o enfrentamento do estigma, a redução de danos e a (re)inclusão social da população atendida (Brasil, 2009). O CnaR parte da lógica que a política pública precisa se adequar ao público-alvo e não o contrário, visto que, desde que o desenho da política é dissonante da especificidade do seu público - que neste caso é o acesso universal à saúde -, a sua implementação reforça desigualdades pré-existentes (LOTTA; COSTA, 2020). Essa adequação demonstra a tensão entre a universalidade e as particularidades (2018) que se resolvem ao garantirmos o princípio da equidade.

Os Consultórios na Rua são formados por equipes multiprofissionais, podendo fazer parte delas as seguintes profissões: enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião-dentista, profissional/professor de educação física ou profissional com formação em arte e educação. As equipes de CnaR realizam suas atividades de forma itinerante compartilhando suas ações com as Unidades Básicas de saúde e, quando necessário, com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - responsáveis por casos complexos de cuidado em saúde mental-, serviços de urgência e emergência e os demais pontos de atenção a depender das necessidades dos usuários (Brasil, 2011).

É fato que a Política Nacional da População em Situação de Rua, a Política Nacional de Atenção Básica (2011) e a constituição das Equipes de Consultório na Rua representam grande avanço no que tange ao acesso aos direitos dessa população. Mas há também que se considerar que essa legislação foi formulada de modo a buscar reparar direitos negados a essa população e que as transformações acontecem de forma complexa, pois diversos são os interesses que fazem pano de fundo, dentre eles, econômicos, políticos e sociais.

Estamos vivendo uma conjuntura de desmonte das políticas públicas sociais, com ações e políticas focadas e deterministas, através de ações higienistas. Assistimos nos últimos anos, na cidade de São Paulo, ao desmonte do projeto "De Braços Abertos", criado em 2015, o qual tinha uma proposta de articulação intersetorial junto às equipes de CnaR. Esse é um dos exemplos de ameaça à implementação de uma política de defesa dos direitos da população em situação de rua (DUARTE, 2019).

Além do processo de desmonte, as equipes de CnaR têm o desafio de prestar uma assistência na contramão do imaginário hegemônico do que é ser uma pessoa em situação de rua e também garantir acesso a uma assistên-

cia até então negada a essa população, não só a Atenção Básica, mas a toda a rede do SUS.

Uma das dificuldades que a população em situação de rua possui refere-se ao porte e manutenção de documentos pessoais (SÃO PAULO, 2021). Tal questão se justificava pelo fato de não terem um local fixo e adequado para guardar seus pertences, bem como pelas próprias ações do Estado que resultam na retirada dos bens dessa população com a justificativa da necessidade de limpeza das vias urbanas (SANTOS, 2021). Essas ações podem ser lidas como mais uma forma de apagamento da cidadania dessa população.

Esse é um exemplo das contradições e disputas que se tem na implementação de políticas públicas. O mesmo Estado, que garante direitos, promove ações que retiram direitos da população. A PSR está distante do que é concebido aqui enquanto cidadão pleno. As condições de vida a que são submetidos os impede até mesmo de serem reconhecidos enquanto indivíduos. São privados de uma participação política e coletiva, e em última instância são impedidos, inclusive, da efetivação de sua participação política individual através do voto.

A participação e mobilização política é um ato importante do exercício da cidadania, da autonomia e da busca por reconhecimento de suas causas, mas é difícil esperar tais atitudes de indivíduos que estão cotidianamente em extrema vulnerabilidade e preocupados se conseguirão comer, se sentirão frio a noite, onde conseguirão se proteger da chuva, onde farão suas necessidades fisiológicas etc.

Para que seja possível um cuidado em saúde dessa população é importante compreender todas essas formas de sobrevivência, as relações sociais estabelecidas, suas necessidades e a complexidade do processo saúde-doença das pessoas inseridas nesse contexto. A partir desse olhar, consideramos que o campo do direito à saúde, em especial da estratégia do CnaR, tem a potencialidade de ser uma das portas de entrada para a expansão da cidadania desta população a partir do seu reconhecimento enquanto detentor de direitos e enquanto profissionais capazes de trabalhar com ações que promovam a saúde.

A promoção da saúde visa à melhoria das condições de vida de forma a potencializar a saúde, reduzir vulnerabilidades e riscos a partir dos determinantes sociais, econômicos, culturais e políticos. Sendo suas ações pautadas segundo o princípio da equidade, "a promoção e defesa da saúde e da vida propõe reduzir as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis, com respeito às diferenças em todas as dimensões para o direito universal à saúde" (VIEGAS *et al*, 2021, p. 2). É possível afirmar que tal perspectiva de saúde está em consonância com os direitos humanos e o status de cidadania utilizado nesta reflexão.

As estratégias para a redução das iniquidades na garantia do direito à saúde, como direito humano fundamental. Fazem parte dos princípios e valores de universalidade, acessibilidade, integralidade, qualidade e inclusão em saúde de uma maneira coesa e integrada, de forma a alcançar a promoção da saúde. (VIEGAS *et al*, 2021, p. 2)

É indiscutível, entretanto, a necessidade de profissionais que atuem na linha de frente com sensibilidade e empatia para lidar com a PSR. A literatura sobre profissionais da linha de frente tem evidenciado que os valores e crenças individuais interferem na implementação na política por afetarem a relação do usuário/população alvo da política (LOTTA; COSTA, 2020). No que se refere a política de saúde, a forma com que um enfermeiro, médico, agente comunitário de saúde, técnico, dentre outros, tratam o usuário terá impacto na criação do vínculo e, portanto, na sua adesão ao tratamento. Isto é, o tratamento recebido pelo profissional pode se tornar um obstáculo ao seu direito de acesso à saúde.

É neste sentido que Rosa, Cavicchioli e Brêtas (2005) afirmam que o atendimento da PSR passa necessariamente pela compreensão da “cultura na rua”, na qual o profissional precisa considerar alguns fatores: Quem é esta pessoa? Como vive? Como sobrevive física, psicológica e socialmente?

Alguns estudos discutem como se dá esse trabalho de acesso à saúde a partir do CnaR. Entre as ações realizadas, a busca ativa caracteriza-se como dispositivo essencial para garantia de acesso ao cuidado em saúde, configurando-se como porta de entrada para o SUS. Algumas das atividades realizadas descritas são: marcação de consulta; curativos; escuta qualificada; atendimentos individuais e em equipe; pactuações com usuários; marcação de exames e testes rápidos; pré-natal; distribuição de água e insumos; e tratamento de doenças infecciosas. A redução de danos apareceu como uma estratégia importante de cuidado adotada por algumas equipes. (SANTOS, 2021; TIMÓTEO *et al.*, 2020; ENGSTROM, 2019).

Vale e Vecchia (2019) em seu estudo de revisão de literatura demonstrou que além do acesso aos serviços de saúde, a principal potencialidade do trabalho do CnaR está no estabelecimento de vínculo e disponibilidade de escuta qualificada da PSR.

Apesar do acesso por si só ser um grande avanço, é importante analisar a qualidade da assistência prestada a essa população. Segundo Bombonatti *et al.* (2021), a prática da enfermagem no consultório da rua contribui para que a população em situação de rua tenha acesso a uma assistência à saúde qualificada. As autoras apontam também que a partir do trabalho desses profissionais é possível contribuir com uma melhora da qualidade de vida da população em situação de rua.

O estudo acima citado aponta um aspecto importante, que é a equipe

que presta assistência à PSR compartilhar de um objetivo de trabalho comum. Bombonatti *et al.* (2021) apontam como objetivos comuns encontrados em seu estudo: o estímulo à autonomia e cidadania e a oferta de um cuidado que possibilite a participação dos usuários nas tomadas de decisão relacionadas ao exercício do direito à saúde.

Engstrom (2019) aponta as equipes de CnaR como uma política importante para acesso ao SUS. Os autores também observaram estratégias potentes de cuidado na perspectiva de ampliação de acesso à saúde e aos demais direitos sociais. Observam também o fortalecimento de autonomia dos usuários atendidos, ancorado em uma dimensão ético-política do cuidado, comprometida com a defesa da vida e da cidadania.

Outro aspecto importante do trabalho no consultório da rua refere-se ao trabalho de articulação de rede intersetorial. Devido às necessidades dessa população, o trabalho intersetorial é imperativo e um elemento essencial para melhoria da assistência e enfrentamento das vulnerabilidades das pessoas que vivem a situação de rua. Porém o trabalho intersetorial também aparece como um grande desafio, já que é preciso lidar com insuficiências institucionais, como uma rede de atendimento restrita, além de diferentes objetivos de trabalho (BOMBONATTI *et al.*, 2021; MACEDO, 2020; TIMÓTEO, 2020; ENGSTROM, 2019

Vale e Vecchia (2019) relatam que há poucos estudos que relatam uma interface do setor saúde com o setor de educação e de trabalho. Considerando que o processo saúde-doença tem uma determinação na forma como os cidadãos se inserem na sociedade, ações que favoreçam acesso à educação e geração de renda, podem ter um papel importante no acesso e garantia de direitos dessa população. Vale questionar como se dá a efetivação do direito à educação e ao trabalho da PSR, conforme objetivo da PNPSR.

Macedo (2020) e Friedrich *et al.* (2019) demonstram em seu estudo que alguns profissionais entendem o trabalho do consultório na rua como “uma ponte” e não um fim em si mesmo, já que a resolutividade de seu trabalho está relacionada ao acesso a outros serviços, não necessariamente sendo serviços de saúde.

Para que a população em situação de rua consiga acessar os demais níveis de atenção dispostos no SUS, as equipes de consultório na rua se organizam para acompanhar esses usuários para que seja garantido o acesso (SANTOS, 2021). Em muitas situações, equipes e usuários relatam que a PSR é maltratada nos serviços de saúde e que quando comparecem a serviços sem acompanhamento da equipe de CnaR correm risco de não serem atendidas (TIMÓTEO, 2020; VALLE; FARAH, 2020).

O acompanhante que poderia ser entendido como direito do usuário,

passa a ser um dever que os impede de acessar serviços (MACEDO, 2020). A assistência a essa população é muitas vezes negligenciada e necessita que tenham profissionais de referência que garantam que essa pessoa tenha acesso. Essa população é vista e entendida como uma população à margem dos direitos e da cidadania, precisando estar acompanhada por alguém, que é visto como um cidadão pleno e que consiga garantir o direito ao acesso dessa população. É quase como que se necessitassem de um “empréstimo de cidadania”

Trazer representantes de outros serviços da rede para dentro do serviço especializado para PSR, ao mesmo tempo, que facilita o acesso, segrega o usuário ao espaço do serviço especializado. Ao não favorecer seu livre acesso pela cidade e seus equipamentos, opera com uma inclusão excludente, com pouca potência de mobilização e participação social. O desafio reside em favorecer que o exercício da cidadania não se restrinja aos muros e espaços protegidos dos serviços especializados, mas que a população atendida também possa ter acesso e participação no controle social das políticas voltadas para as suas necessidades. (MACEDO, 2020, p. 2020).

Os estudos evidenciam algumas fragilidades relacionadas à assistência à população em situação de rua, tais como: desarticulação com as demais equipes de consultório na rua e outras equipes da atenção primária; dificuldade em estabelecer fluxos formais entre os diferentes equipamentos que atendem a essa população; ações intersetoriais insipientes e centralizadas em alguns profissionais da equipe, como assistente social e psicóloga; alta rotatividade de profissionais devido à fragilidade do vínculo empregatício, promovendo uma descontinuidade na assistência (SANTOS, 2021).

O que se vê a partir da literatura acadêmica é um desafio imenso para a consolidação da saúde como direito, em especial quando se entende que a saúde é um processo decorrente da forma com que a pessoa se insere na sociedade, de suas condições de vida e da que forma acessa os seus direitos de forma ampla. A partir dessa concepção é possível inferir que a saúde da população em situação de rua encontra-se fragilizada pela sua forma de vida, imposta por sua condição de sobrevivência.

Há que se destacar a importância de uma Política Nacional para a População em Situação de Rua e também das estratégias de cuidado dessa população como é o caso do Consultório na Rua. Porém, é necessário reconhecer as limitações de cuidado em saúde dessa população, já que a Política Nacional tem limitações em sua implementação.

Apesar de a política ter como objetivo assegurar a PSR acesso à moradia, segurança, trabalho, renda, esporte, lazer, entre outros, o que se presencia é uma escassez de recursos e insuficiências institucionais, tanto no setor saúde como no setor da assistência social, relacionadas a uma rede restrita, com

um menor número de vagas do que a necessidade dos usuários. Soma-se a isso um número restrito de equipes de consultório na rua com funcionamento apenas em horário vespertino (MACEDO, 2020; TIMÓTEO, 2020).

Outro desafio relacionado à assistência à saúde da população em situação de rua refere-se à garantia de acesso a procedimentos e consultas com especialistas. Esses agendamentos demandam um tempo de espera até que sejam realizados, e devido à população em situação de rua transitar nos diversos territórios da cidade, os longos períodos de espera por agendamento são incompatíveis com a forma de viver dessa população. Esse fato limita o acesso e a garantia do direito à saúde dessa população (SANTOS, 2021; FRIEDRICH *et al.*, 2019).

Desta forma, é preciso que as equipes estejam atentas a situações de negligência, desassistência ou até mesmo omissão de socorro que sofrem a PSR por parte dos serviços. Muitas vezes os profissionais dos serviços especializados acabam tendo de ameaçar que vão oferecer denúncia ou orientar os usuários que o façam. Para resgatar a cidadania dessa população, Paiva *et al.* (2015) discutem a necessidade de retirar o manto da invisibilidade, rompendo com os estigmas sofridos por tais indivíduos.

4. Considerações finais

É inegável o avanço da criação da estratégia do CnaR, tendo em vista que é uma política formulada segundo as necessidades da PSR. O fato de os profissionais estarem inseridos na rua potencializa a construção de vínculos, permite identificar problemas e priorizar intervenções, individualizar as necessidades e promover cuidados equitativos. Em contrapartida, ainda muito tem sido os desafios, visto que persistem os problemas de acesso principalmente aos serviços especializados, estigmas, preconceitos, despreparo por parte dos profissionais da ponta, desarticulação entre os setores e ações assistencialistas. O acesso não pode estar atrelado a uma “equipe especializada em PSR”. É preciso avançar para que essa população tenha o status cidadão com reconhecimento de seus direitos.

Apesar da importância da garantia do direito à saúde, cabe frisar que este é insuficiente para o alcance da cidadania plena ou até mesmo do cidadão politicamente passivo. Para tal, é essencial ampliar as políticas intersetoriais que garantam acesso aos diversos direitos dessa população. Em casos complexos como esse, políticas focais são importantes para resolverem demandas pontuais, mas não são efetivas para o alcance da cidadania plena a partir da reintegração social com autonomia.

Referências

VIEIRA, Maria Antonieta da Costa; BEZERRA, Eneida Maria Ramos; ROSA, Clei-sa Moreno Maffei(org.). *População de rua: quem é, como vive, como é vista*. 21. ed. São Paulo: Hucitec, 19924.

ANDRADE, Fabio. Santos. *Crianças e adolescentes em situação de rua no Brasil: táticas de sobrevivência e ocupação do espaço público urbano*. Paco Editorial: Jundiaí, 2019

BOMBONATTI, Giulia Romano *et al.* Enfermagem do Consultório na Rua para o enfrentamento das vulnerabilidades. *Rev. Rene, Fortaleza*, v. 22, n. e67967, p.1-9, 2021. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-38522021000100344&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 mar. 2022.

BRASIL. Constituição de 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 dez. 2009a. Seção 1. p. 16.

BRASIL. Portaria 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 13 jan. 2021.

BURSZTYN, Mareei; ARAÚJO, Carlos Henrique. *Da utopia à exclusão: vivendo nas ruas em Brasília*. Rio de Janeiro: Garamond, 1997.

CAMPOS, Ariane Graças de; SOUZA, Maria Paula Freitas de. Violência muda e preconceito: estratégias de uma equipe de saúde em defesa da cidadania da população de rua. *BIS Bol Inst Saúde*, São Paulo, v. 14, n.3, p. 344-351, 2013. Disponível em <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1047132/bis-v-14n3-enfrentamento-344-351.pdf> Acesso em: 10 mar. 2022.

CASTEL, Robert. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998

CERVIERI, Nayelen Brambila *et al.* O acesso aos serviços de saúde na perspectiva de pessoas em situação de rua. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.), São Paulo, 2019, v. 15, n. 4, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/164014>. Acesso em: 04 abr. 2022.

COSTA, Maria Izabel Sanches; IANNI, Aurea Maria Zoller. *Individualização, cidadania e inclusão social na sociedade contemporânea.* Uma análise teórica. São Bernardo do Campo: EdUFABC, 2018.

DUARTE, Afrânquia Hemanuely Castanho. O acolhimento em saúde no espaço da rua: estratégias de cuidado do Consultório na Rua. *Textos e Contextos.* Porto Alegre, 2019; v.18, n. 2, p. 1-14. 2019. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/34306>. Acesso em: 7 mar. 2022

ENGSTROM, Elyne Montenegro *et al.* A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. *Saúde em Debate.* Rio de Janeiro, v. 43, n. 7, p. 50-61, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/RNRHQqBXwryZv9JVR5mCKHy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2022.

SCOREL, Sarah. Exclusão social. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde.* Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

ESTIVILL, J. *Panorama da luta contra a exclusão social.* Conceitos e estratégias. Genebra, Bureau Internacional do Trabalho, Programa Estratégias e Técnicas contra a Exclusão Social e a Pobreza, 2003.

FRANGELLA, Simone Miziara. *Corpos Urbanos Errantes.* Uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo. São Paulo: Anablume, Fapesp, 2009.

FRIEDRICH, Melina *et al.* Barreiras de acesso à saúde pelos usuários de drogas do consultório na rua. *Journal of Nursing and Health,* São Paulo, v. 9, n. 2, e199202, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/13443/10889>. Acesso em: 25 fev. 2022

GOFFMAN, Erving. Estigma. *Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.* Ed. Zahar, Rio de Janeiro, 1978.

LOTTA, Gabriela; COSTA, Maria Izabel Sanches. Uso de categorizações políticas e sociais na implementação de políticas: contribuições teóricas e analíticas. *Revista de Sociologia e Política*. Curitiba -PR, v. 28, n. 76, p.1-20, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-987320287604>. Acesso em: 9 mar. 2022.

MACEDO, João Paulo; SOUSA, Adrielly Pereira de; CARVALHO, Andressa Veras de. População em situação de rua: trabalho em equipe e interseccional. *Rev. Psicol. Saúde*, Campo Grande, v. 12, n. 4, p. 159-174, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2020000400013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 mar. 2022.

PAIVA, Irismar Karla Sarmiento de *et al.* Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2595-2606, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/knWgXfP7fKXpsW84f6gxM8r/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 fev. 2022.

RODRIGUES, Igor. *A construção social do morador de rua: derrubando mitos*. Curitiba: CRV, 2016. 98p.

ROSA, Anderson da Silva; CAVICCHIOLI, Maria Gabriela Secco; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. Processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto*, jul-ago, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a17.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2021.

ROSA, Cleisa Moreno Maffei. *Vidas de rua, destino de muitos*. São Paulo: Editora Instituto de Estudos Especiais da PUC/SP, 1999.

SANTOS, Amanda Rodrigues dos; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Coordenação do cuidado no Consultório na Rua no município do Rio de Janeiro: romper barreiras e construir redes. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 45, n. 129, p. 327-339, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112906>. Acesso em: 25 fev. 2022.

SÃO PAULO. *Pesquisa censitária da população em situação de rua, caracterização socioeconômica da população adulta em situação de rua e relatório temático de identificação das necessidades desta população na cidade de São Paulo - 2021*. Produto V - Relatório Completo do Censo. Prefeitura Municipal de São Paulo, 2021.

SILVA, Maria Lucia Lopes. *Trabalho e população em situação de rua no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2009.

TIMÓTEO, Aryanna Vanessa Gomes *et al.* Caracterização do trabalho e ações desenvolvidas pelas equipes do Consultório na Rua de Maceió - *AL. Enfermagem em Foco*, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 1126-130, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2757>. Acesso em: 10 mar. 2022.

Vale A. R.; Vecchia M. D. O cuidado à saúde de pessoas em situação de rua: possibilidades e desafios. *Estud. Psicol.*, Natal, n. 24 (1): p. 42-51, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S-1413-294X2019000100005 Acesso em: 25 fev. 2022.

VALE, Aléxa Rodrigues do; VECCHIA, Marcelo Dalla. O cuidado à saúde de pessoas em situação de rua: possibilidades e desafios. *Estud. Psicol.*, Natal, v. 24, n.1, p. 42-51, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2019000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 mar. 2022.

VALLE, Fabiana Ap. A. Lawall; FARAHA, Beatriz Francisco. A saúde de quem está em situação de rua: (in)visibilidades no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Paraná, v. 30, n. 2, p.1-21, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300226>. Acesso em: 3 mar. 2022.

VARANDA, Walter; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 56-69, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CPFwkZBjHZXSS6YX4djj-Q4B/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 25 fev. 2022.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca *et al.* Quotidiano de equipes de consultório na rua: tecendo redes para a promoção da saúde. *Escola Anna Nery*. Rio de Janeiro (UFRJ), v. 25, n. 3, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/qfJYwnLCgmtCVdndNhnVz7x/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 2 mar. 2022.

WANDERLEY, Mariangela Belfiore. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: SAWAIA, Bader. (org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 19-23.