

UM OLHAR AOS SOCIALMENTE INVISÍVEIS: ASPECTOS DE VIDA, CONDIÇÕES DE SAÚDE E ACESSO AO SUS DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA CIDADE DE SAPUCAIA DO SUL/RS¹

Suzene Pizani da Silva²

Introdução

O artigo mostra os principais resultados do estudo realizado para elaboração do meu Trabalho de Conclusão de Residência em Atenção Básica. Analiso aspectos de vida e condições de saúde através das narrativas das pessoas que se encontram em situação de rua na cidade de Sapucaia do Sul/RS, tendo como pano de fundo a problemática do acesso da população em situação de rua à rede de saúde, e considerando a promoção da saúde como parte dos direitos sociais, do direito à vida.

A População em Situação de Rua (PSR) é afetada violentamente pela falta de garantia de direitos sociais, econômicos e de promoção de saúde. São inúmeros os desafios enfrentados por essa população que é colocada à margem da sociedade, em um longo processo de exclusão que impede o acesso a serviços básicos. Trata-se de uma população heterogênea com múltiplas demandas e necessidades. Para Silva (2006), a situação de rua vista como fenômeno é constituída por múltiplas determinações, tendo como causa estrutural a pobreza gerada nas sociedades capitalistas, sendo uma expressão radical da questão social. A autora menciona três aspectos principais para identificar a população em situação de rua, reforçando que são condições singulares que se articulam entre si, a saber: (1) pobreza ex-

1 Estudo resultante do Trabalho de Conclusão de Residência apresentado em dezembro de 2023, subsidiado pelos Ministérios da Saúde e da Educação através da bolsa do Programa de Residência Multiprofissional, vigência de 2022 a 2024.

2 Assistente Social. Especialista na área de Atenção Básica pelo Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Universidade do Vale dos Sinos (Unisinos). E-mail: suzene.pizani@gmail.com.

trema; (2) vínculos familiares interrompidos ou fragilizados; (3) inexistência de moradia convencional regular e a utilização da rua como espaço de moradia e sustento, de modo temporário ou permanente. Ainda os autores Oliveira e Guizardi (2020) acrescentam um novo aspecto ao fenômeno, o de invisibilidade perante a sociedade e o poder público.

Conforme a Nota Técnica “Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil (2012-2022)” do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, em 2022 existiam 281.472 pessoas em situação de rua no Brasil. Esse número representa um aumento de 38% em comparação ao ano de 2019 e de 211% se comparado a 2012, apenas uma década de diferença que, segundo a pesquisa, contou com um crescimento populacional de 11%. Esses dados são estimados, pois não há no Brasil dados oficiais sobre a População em Situação de Rua. Embora a contagem esteja prevista na Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR), nem o Censo Demográfico de 2010, nem o de 2022 realizaram o levantamento desta população (IPEA, 2023).

Compreendemos que anterior à discussão sobre o direito à saúde desta população, se faz necessária a contextualização do lugar social desses sujeitos, através de categorias de análises como exclusão e invisibilidade social. Essas categorias são produtos da ordem social capitalista, que (re) produz as desigualdades sociais nesta sociedade. No Brasil, a “questão social”³ está relacionada ao racismo estrutural (Almeida, 2018), na interseccionalidade de raça, classe e gênero como parte do sistema-mundo colonial-capitalista-patriarcal-moderno (Quijano, 2005).

Os processos de expansão das políticas neoliberais e as tensões provocadas pelo capitalismo globalizado contemporâneo têm efeitos devastadores sobre corpos e territórios, principalmente no Sul Global, com a precarização do trabalho, enfraquecimento ou perda de direitos sociais e processos de “descidadanização” (Fleury, 2018), extrativismo e exploração degradante dos recursos naturais e ecossistemas, forte urbanização e fragmentação territorial das cidades (Porto; Pivetta, 2009).

Para Sposati (1998) a exclusão é a negação da cidadania, fazendo distinção entre a pobreza e a exclusão social, pois essa última alcança valores éticos e culturais, a discriminação e a estigmatização, visto que a exclusão inclui o abandono, a perda de vínculos, o esgarçamento das relações de convívio, que necessariamente não passam pela pobreza. Ainda para a autora, a exclusão social é inerente ao modo de produção capitalista,

3 A “questão social” aqui entendida como “conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada” conforme conceitua Iamamoto (2000, p. 27).

visto que este é (re)produtor da exclusão, sendo que cada vez mais é evidente que o pleno emprego é incompatível com o processo de acumulação (Guerra; Pochmann; Silva, 2014).

Segundo Pedreira e Consorte (2021) a invisibilidade social é a raiz extrema da exclusão social, que mostra sua face mais cruel e nefasta em uma análise mais ampla da desigualdade social. A invisibilidade pode ser descrita pela indiferença ou rejeição manifestada por pessoas ou grupos de pessoas a um indivíduo ou grupo, restringindo-o a nada ou “a coisa nenhuma”, provocando um processo de desumanização. A PSR está entre os grupos populacionais que são invisibilizados socialmente, por não serem vistos integralmente pela Sociedade e pelo Estado. Para Argiles (2012) esta população é vista como um incômodo para a sociedade em geral, gerando posicionamentos heterogêneos de rejeição, compaixão, repulsa, medo, solidariedade, paternalismo, assistencialismo, raiva, comparações e juízos de valores.

Um exemplo desta invisibilidade e exclusão social é a não inclusão desta população no censo demográfico realizado pelo IBGE, não se tendo assim dados oficiais produzidos sobre a população não domiciliada. Para Natalino (2016), a ausência desses dados, justificada pela complexidade operacional de uma pesquisa de campo sem endereço fixo, prejudica a implementação de políticas públicas voltadas para esta população, e reproduz a invisibilidade social da população de rua no âmbito das políticas sociais.

Outro exemplo é o aumento de arquiteturas hostis usadas como estratégia pelo Estado em alguns municípios para expulsar de algum centro, área ou território a PSR. Segundo Silva (2017) esse tipo de ação funciona como uma “limpeza social”⁴. Há quem defenda este tipo de ação do Estado como uma maneira de “limpar” as ruas, mas essas só reforçam a exclusão e a invisibilidade social, “jogando para debaixo do tapete” uma questão social que deveria ser enfrentada através de garantias sociais. Para Rampasi e Oldoni (2020) o estereótipo de que a violência está relacionada aos mais pobres auxilia na propagação da arquitetura hostil, segundo elas a “criminalização e a repulsa pela aparência física são fatores que acentuam o preconceito e a anulação desses indivíduos perante a sociedade, que consequentemente dá origem a segregação urbana, banindo o direito coletivo à cidade” (Rampasi; Oldoni, 2020, p. 386).

Esses exemplos demonstram que colocar esses indivíduos na posição de invisíveis socialmente, impede que de fato haja ações efetivas por

4 Segundo Silva (2017), as práticas de limpeza social ocorrem através da eliminação e realocação de sujeitos socialmente indesejáveis, aqueles que compõem as camadas socioeconômicas menos favorecidas e que, na maioria das vezes, são colocados à margem da sociedade.

meio de políticas públicas, que sejam eficazes e visem a garantia de direitos desta população, e impossibilita o enfrentamento desta questão social, pois para que isso ocorra é necessário visibilizar esta população.

Enfatizamos que a invisibilidade social, raiz da exclusão social, é fruto das desigualdades produzidas pelo sistema colonial-capitalista-patriarcal-moderno, sendo uma manifestação da questão social, ao qual reflete impactos na saúde dos indivíduos. Sendo assim, a saúde não pode ser vista de forma isolada da relação estreita com a forma como a sociedade está organizada.

Neste âmbito, a partir das últimas décadas do século XX a saúde teve relativos avanços quanto a uma concepção mais ampliada, compreendendo que fatores sociais e econômicos estão interligados à vulneração da saúde. Assim a concepção de saúde, que antes era cientificamente vista apenas por seus aspectos biológicos, teve um crescente aumento na produção de estudos que abordaram as relações entre saúde e fatores econômicos, sociais, ambientais etc. Um dos marcos notórios desta discussão foi a Conferência de Alma-Ata, em 1978 e as atividades inspiradas no lema “Saúde para todos no ano 2000” que colocam em destaque o tema dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS), vistos como “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (Buss; Pellegrini Filho, 2007, p. 2).

Segundo Buss e Pellegrino Filho (2007), houve um grande aumento nos estudos relacionados aos DSS, principalmente marcado pelos estudos das iniquidades em saúde. Segundo os autores, o maior desafio desses estudos é estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito. Entende-se assim que, estudar essas mediações também possibilita identificar onde e como devem ser feitas as intervenções, com o objetivo de reduzir as iniquidades de saúde, ou seja, os pontos mais sensíveis onde tais intervenções podem provocar maior impacto.

Porém, para Souza, Silva e Silva (2013), esses estudos falham ao não considerarem a ordem societária na qual vivemos. As autoras defendem que é necessário avançar a discussão de como se constituem as desigualdades sociais, rompendo com a aceitação de como a sociedade capitalista se organiza e contribuindo para uma nova proposta social. Sendo assim, apenas com a reflexão crítica sobre a ordem societária em que vivemos é que se construirá a base para uma sociedade emancipada do caráter destrutivo do capital e de seus desdobramentos para a saúde. Desse modo,

a temática deve ser tratada em outra perspectiva teórica, avançando para uma perspectiva crítica.

Dessa forma, é importante ressaltar que os Determinantes Sociais em Saúde constituem um grande avanço na concepção de saúde e atualmente possuem relevância para a construção de políticas sociais da saúde. Porém, se faz necessário avançar os estudos na direção do real problema, o que de fato (re)produz as iniquidades em saúde. Enquanto a ordem societária capitalista for responsável por gerar as desigualdades sociais, as políticas sociais não terão forças por si só para realizarem as transformações societárias, muito pouco garantir igualdade e justiça social.

No Brasil, a Constituição de 1988 instaurou as bases para projetar um Sistema de Proteção Social, que foi posto em ato num cenário em que as políticas de ajuste estrutural afetaram de maneira diferenciada as populações que historicamente não tinham acesso pleno a direitos. As políticas sociais da primeira década do século XXI contribuíram para instalar tanto o SUS quanto o SUAS, contribuindo com a proteção de direitos e a atenuação das desigualdades de longa duração.

Ao se tratar de políticas públicas voltadas a PSR, os avanços legislativos são recentes, em sua maioria garantidos após muita luta e pressão do Movimento Nacional da População de Rua. A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR) foi instituída pelo Decreto n.º 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Um dos seus objetivos é assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro desta população aos serviços e programas que integram as diferentes políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda (Brasil, 2009).

Embora existam marcos legais, eles não garantem por si só os direitos às PSR, sendo ainda necessário avançar em suas execuções. São pontos importantes da efetivação dessas políticas o devido financiamento, a estruturação adequada e a formação de profissionais capacitados para atuarem nesses serviços. Para Hallais e Barros (2015) ainda que haja a PNPR e outras políticas setoriais e intersetoriais, elas nem sempre garantem um cuidado integral pois o imaginário social sobre a população em situação de rua influencia significativamente a prática dos profissionais que atuam nos serviços de saúde. Ainda Andrade *et al.* (2022) apontam como requisitos para que essas políticas sejam garantidoras de direitos a articulação das dimensões: 1. formação de profissionais da saúde; 2. garantia de financiamento para a Política Nacional para a População em Situação de Rua com seu conjunto de equipamentos e serviços (eCR, CnaR); e 3. articulação intersetorial com as Redes de Atenção à Saúde e o Sistema Único de Assistência Social.

É necessário pensar no planejamento e execução dessas políticas através dos programas e projetos para muito além de uma utopia criada pelos princípios e diretrizes das políticas públicas, ao quais muitas vezes acabam por não considerar os meios para a prática, mas sim levando em conta os aspectos sociais, a heterogeneidade, a multiplicidade das realidades envolvidas desta população, através de produções e de uma análise crítica sobre o tema, para que as ações esperadas por essas políticas sociais sejam efetivas e eficazes na transformação da realidade destes sujeitos.

Cabe destacar que a pesquisa foi realizada num cenário de reconstrução dessas políticas, visto que, nos últimos anos, enfrentamos uma crise democrática relacionada às políticas de morte (austeridade e ajuste estrutural da máquina pública, cerceamento de acesso a direitos básicos, violações de direito à vida de grandes parcelas da população, e as próprias ações negacionistas que multiplicaram as mortes por covid-19 no país) na conjuntura do governo Bolsonaro, que encaminhou ainda as políticas públicas para um cenário de desmonte e precariedade. Diante desta conjuntura, grandes avanços no âmbito das garantias sociais que haviam sido conquistados nas últimas décadas, retrocederam brutalmente nos últimos anos e o cenário atual é de uma retomada dessas políticas sociais pelo atual governo.

Metodologia

Quanto à metodologia utilizada neste estudo, a abordagem teve formato qualitativo, descritivo e exploratório, tendo como tema conhecer as dificuldades e facilidades enfrentadas pela População em Situação de Rua no acesso aos serviços da rede de saúde de Sapucaia do Sul/RS através da visão dos/as usuários/as.

O instrumento utilizado para realização desta pesquisa foi a entrevista semiestruturada, cujo roteiro foi dividido em dois eixos principais: no primeiro, as questões foram voltadas aos aspectos biográficos dos sujeitos e suas condições de vida; e no segundo, questões que abordaram o entendimento dos/as usuários/as quanto à saúde e de que forma acessam os serviços da rede de saúde.

As entrevistas foram realizadas com usuários/as do serviço República e Albergue do município de Sapucaia do Sul/RS no mês de agosto de 2023. Esse serviço foi inaugurado em 2021 no município e se destina ao público em situação de rua. Atualmente o local é administrado por uma Organização do Terceiro Setor, de cunho religioso, e oferece duas modalidades de atendimento: o acolhimento noturno (albergue)

e o acolhimento provisório modelo República. O acolhimento noturno acontece sete dias por semana e para ter direito ao acesso o usuário precisa ser encaminhado através do Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) do município. O atendimento nesta modalidade inicia-se às 18 horas e os usuários podem ter acesso ao banho, lavagem de roupas, alimentação, participação em atividades sociais e a dormir no local, tendo que se retirar às 7h30min da manhã, após o café da manhã. Na modalidade República, os usuários possuem os mesmos acessos, porém, ainda possuem o direito de acessarem o local durante o dia. O acesso a esta modalidade atende alguns critérios ao qual são avaliados pela equipe técnica do CREAS e pela equipe da República, sendo atendidos usuários que estejam em processo de superação da situação de rua, conforme relato da equipe.

Por ser inverno no período de realização das entrevistas, o direito de acesso de um mesmo usuário na modalidade noturna estava mais flexível, podendo o usuário acessar a República durante todo o mês, desde que este tivesse o encaminhamento do CREAS, porém os usuários entrevistados demonstraram grande preocupação quanto o encerramento desta flexibilidade que aconteceria no final do mês de Agosto, retornando os prazos de acesso ao serviço, sendo dez dias de acesso para moradores do município e três dias para moradores de outros municípios.

A República fica localizada em uma área deslocada do centro da cidade, local onde os mesmos buscam mais recursos, sejam financeiros e/ou sociais, como o CREAS. Os usuários relataram dificuldades de ficarem ao entorno do local, precisando se deslocar frequentemente para buscarem recursos durante o dia para se manterem. Um dos únicos recursos da rede para os usuários próximos ao local é a Unidade Básica de Saúde, ESF Cohab, localizada ao lado da República, ao qual os usuários relataram ter facilidade de acesso e serem bem atendidos pela equipe de saúde.

A seleção dos entrevistados se deu por meio de convite para participação dos usuários que estavam utilizando o serviço nos turnos de realização do campo de pesquisa. Após realização das entrevistas, todas foram transcritas para tratamento e análise de dados. O método de análise de dados escolhido foi a Análise Temática, construindo categorias analíticas que descrevem os resultados empíricos vinculados a discussões teóricas. Esse método é descrito por Braun e Clarke (2006) e se propõe a identificar, analisar e reportar padrões (temas), num determinado conjunto de dados. Nesta direção, os resultados apresentados foram divididos em dois eixos que se complementam: os aspectos biográficos dos sujeitos entrevistados; a relação desses aspectos com a saúde e a compreensão deste direito.

Caracterização dos/as entrevistados/as

Ao total, participaram da produção de dados quatorze usuários, sendo cinco mulheres cis e nove homens cis, com idade entre 30 e 84 anos. Sobre autoidentificação racial, nove pessoas se declararam como brancas, sendo que cinco pessoas se declararam como negras. Em sua maioria declararam-se heterossexuais e com ensino fundamental incompleto, conforme mostra o quadro abaixo.

Quadro 1: características dos entrevistados

Entrevistado	Idade	Gênero	Orientação Sexual	Raça	Escolaridade
E1	32	Mulher Cis	Heterossexual	Branca	E.M Completo
E2	39	Mulher Cis	Heterossexual	Branca	E.F Incompleto
E3	31	Homem Cis	Heterossexual	Branca	E.F Incompleto
E4	33	Homem Cis	Heterossexual	Branca	E.F Completo
E5	47	Mulher Cis	Heterossexual	Branca	E.F Incompleto
E6	55	Homem Cis	Heterossexual	Branca	E.F Incompleto
E7	46	Homem Cis	Heterossexual	Negra	E.F Incompleto
E8	30	Homem Cis	Heterossexual	Branca	E.M Incompleto
E9	67	Homem Cis	Heterossexual	Branca	E.F Incompleto
E10	47	Homem Cis	Heterossexual	Negra	E.F Incompleto
E11	84	Homem Cis	Heterossexual	Negra	E.F Incompleto
E12	42	Mulher Cis	Heterossexual	Negra	E.F Incompleto
E13	30	Homem Cis	Homossexual	Negra	E.F Incompleto
E14	54	Mulher Cis	Heterossexual	Branca	E.F Incompleto

Fonte: elaborado pela autora.

Quanto ao tempo em que os entrevistados estavam em situação de rua, as respostas variaram de dias a anos, sendo o menor tempo de apenas oito dias e o maior tempo mencionado foi de quatorze anos. Os motivos mencionados também foram diversificados, entre os mais trazidos estavam o uso de substâncias psicoativas e os conflitos e rompimentos familiares, conforme o quadro n.º 2.

Quadro 2: Tempo e motivos que levaram os usuários a viverem em Situação de Rua

Entrevistado	Tempo vivendo em Situação de Rua	Motivos que levaram a viver em Situação de Rua
E1	2 anos	Companheiro/a
E2	1 ano	Conflitos familiares
E3	5 anos	Uso de substâncias psicoativas
E4	1 ano	Divórcio e desemprego
E5	3 anos	Rompimento de vínculos familiares
E6	6 anos	Rompimento de vínculos familiares
E7	27 dias	Perdas familiares e dificuldade financeira
E8	10 meses (vai e volta)	Uso de substâncias psicoativas
E9	2 anos	Valores das moradias
E10	10 anos	Perdas familiares e uso de substâncias psicoativas
E11	3 anos	Perdas familiares e uso de substâncias psicoativas
E12	8 dias (vai e volta)	Conflitos familiares
E13	5 anos	Uso de substâncias psicoativas
E14	14 anos	Conflitos familiares

Fonte: elaborado pela autora.

Quanto às condições de saúde dos entrevistados, sete dos quatorze entrevistados acessam ou já acessaram alguma vez o CAPS, quatro referiram ter depressão, dois relataram ter bipolaridade, um referiu estar em tratamento para borderline, dois contaram ter ansiedade, além dos que acessam pelo uso de substâncias psicoativas. Além deste, outras condições de saúde surgiram, ao qual os entrevistados apontaram como fatores determinantes para estarem atualmente em situação de rua, um deles relatou ter glaucoma e sequelas de um infarto, outro mencionou fratura na perna por sequela de um acidente, ambos impossibilitados de trabalharem devido suas condições de saúde. Ainda uma entrevistada relatou viver com HIV.

Resultados

Entre uma entrevista e outra, histórias, relatos pessoais, visões de mundo, conceitos e percepções, entre risadas e choros: a vida. Através da análise de cada entrevista, pode-se perceber a heterogeneidade deste grupo, através de valores, de crenças, de cultura, de ideias, mas que ao mesmo tempo passavam por uma mesma situação: a rua. É nessa reflexão que os resultados desta pesquisa serão apresentados através do relato de uma entrevistada, não por ser mais importante que as outras, mas por conter uma gama de informações que foram trazidas de forma fragmentada nas outras entrevistas, e, com base nisso esta história será contada e guiará os elementos de outras entrevistas.

História, nossas histórias: aspectos de vida dos sujeitos

Esse relato trata da E14, ao qual daremos o nome fictício de Bromélia, por ser uma flor que representa força e persistência, como a própria se descreve: *“é que eu sou muito forte. Sou mais que forte, sou que nem... como diz a palavra... eu sou mais que vencedora, por passar por tudo isso aí”* (Bromélia).

Bromélia é uma mulher branca, heterossexual, com 54 anos de idade. Atualmente é casada e vive em situação de rua junto com seu companheiro e um amigo, ao qual segundo ela *“nós somos nós três juntos, somos uns companheirozinhos inseparáveis”* (Bromélia). Contou que vive há quatorze anos em situação de rua e que está junto deste companheiro há seis anos, que conheceu embaixo do viaduto da Conceição, em Porto Alegre, local onde viveu por três anos.

Logo no início da entrevista, Bromélia contou que vive com HIV há dezesseis anos e que faz tratamento contínuo dos medicamentos há nove anos, então durante nossa conversa ela relatou os desafios de realizar o tratamento adequado para o HIV vivendo em situação de rua, como as dificuldades de manter uma alimentação adequada, o fato de ter que carregar consigo os medicamentos e muitas vezes ter seus pertences roubados, o desafio de carregar os seus pertences consigo sempre. Contou que já teve hepatite, porém, realizou tratamento. Ainda realiza tratamento num CAPS de Porto Alegre, toma três tipos de medicamentos para depressão e bipolaridade e participa da acolhida a cada quinze dias.

Bromélia relatou inúmeros traumas durante a sua vida, contou ter passado por abortos no primeiro casamento, ter tido três filhos no segundo, no qual descobriu uma traição quando recém tinha ganho seu terceiro filho, fato que levou a se separar. Perdeu sua avó, perdeu a mãe, perdeu um irmão, perdeu o pai e há quatorze anos não vê seus filhos. Afirmou ainda

que seus outros irmãos lhe roubaram tudo, segundo ela “*me deixaram sem nada, ainda, pra me ajudar. Nem maloca compraram pra mim, pra mim ficar dentro*” (Bromélia). Disse que na época pensou em se matar, mas seus vizinhos lhe deram forças e a incentivaram a continuar o tratamento e que desde então, vive em situação de rua.

Mas eu sou mais que sobrevivente. Sou dura na queda. É, foi muita perda, muita coisa, muita coisa, muita coisa. Ah, coisa de... Se eu fosse parar pra pensar tudo mesmo, tudo bem direitinho. Eu tava, era lá na Pinel (clínica psiquiátrica de Porto Alegre). Tinha que terminado de ficar louca. Porque é cada situação, cada qual é de arrepiar os cabelos. Não é fácil, né? (Bromélia).

A partir deste breve relato sobre quem é a Bromélia, vamos seguir com as temáticas trazidas em suas falas, fazendo relação com a fala dos outros entrevistados, sobre os aspectos da vida em situação de rua.

A vida na rua

A gente sofre muito dormindo na terra. Eu peguei uma infecção urinária e bah, né, isso é. Achei que eu ia ter que baixar o hospital porque a infecção urinária. E corri. Daí fui pro Consultório da Rua de Canoas, que eu conheço muito ali as gurias também, sabe, que eu vou ali também. Daí, dali, peguei um tratamento. Aí tomei uns goles, a mais, me roubaram mochila e os remédios tudo (Bromélia).

Ao relatarem como é a vida na rua, os entrevistados mencionaram aspectos desafiadores e aspectos favoráveis, que de alguma forma ou outra viram estratégias de sobrevivência no ambiente da rua. Um dos entrevistados realizou uma análise de como é viver na rua na sua visão:

Tu vê de tudo na rua, tu vê prostituição, tu vê droga, tu vê morte, tu vê briga, tu vê roubo, tu vê tragédia, tu vê pessoas boas, tu conhece pessoas maus, pessoas boas, pessoas que tu nunca viu na vida que te dão conselhos, conversam, que te dão, tipo assim... muitas vezes um ouvido pra eles escutarem, pra conversarem, como muitas das vezes não dão, entendeu? A rua, quem vive na rua não é fácil, entendeu? Eu comecei a viver na rua fazia um bom tempo já, eu vou e volto, vou e volto. E a rua, meu, é perigosa, de noite... quanto o dia tam-

bém, entendeu? Qualquer momento pode correr algum perigo, entendeu? A rua, as vezes a gente pensa, a rua é bom e tal, tu te acostuma entendeu? Tu te acostuma tipo assim, como é que eu posso te explicar? Tu te estaciona, tu te estaciona, entendeu? Tu te estaciona porque tu... a rua que não tem compromisso, como é que tu se adapta? Claro, tu não tem compromisso com nada. Não tem compromisso pra acordar, não tem compromisso pra almoçar. Tu pede. Aquele que rouba, rouba. Aquele que se prostitui, prostitui. A resposta aquele que mente pra conseguir algo pra droga, pra comer na rua, tu tem incomodação, tu tem paz, na rua tu não paga aluguel, tu não paga água, tu não paga nada. Na rua, muitas vezes, tu tem tudo nas mãos. Então eu não vou dizer que na rua eu como melhor que em casa, com a minha família, eu passo melhor que em casa, jamais. Muitas vezes eu ganho um bom sanduíche, uma boa Coca-Cola, mas eu creio que na minha casa eu passo super bem. Tenho uma boa cama, tenho uma boa televisão, bom conforto. Só que tu te acostuma, tu te estaciona (E8).

Tanta a fala deste usuário, quanto de outros entrevistados vão de encontro a nuances sobre como é viver em situação de rua, pois diante as dificuldades, os perigos, a desproteção social, as condições precárias de sobrevivência e de acesso a direitos essenciais, alguns vêem a rua como uma situação passageira, tal qual nunca desejariam passar, já outros veem como um espaço de liberdade ou acabam por “se acostumar”: *“Ah, é tudo costume. Se tu acostumar, quando vê, tu não sai mais. Porque daí tu acostumar, não tem compromisso com nada, pagar nada. Daí tu ganha as coisas. É que nem eu tinha os carros ali, antes da área azul, eu acordava cinco horas da tarde as vezes, porque ia dormir de manhã” (E3).*

A própria sensação de liberdade mencionada pelos entrevistados, o se sentir livre da pressão socialmente estabelecida, não pode ser vista senão sob uma visão macrossocial, de uma sociedade o qual coloca o trabalho como fator essencial para a dignidade humana, o sujeito que nega a estrutura social imposta pelo modelo de produção capitalista, perde sua dignidade e desta forma, é excluído socialmente e tido os seus direitos negados. Dessa forma, essa sensação de liberdade e escolha individual conforme Rodrigues (2015, *apud* Santos 2021, p. 12) “quando se trata de estar na rua faz parte de uma ideologia neoliberal, que transforma a necessidade e sofrimento em escolha e oculta as questões estruturais por trás da miséria”. Se faz necessário enfatizar que esses sujeitos não são incapazes de produzir, mas de ressaltar que o modelo de produção capitalista que é por si só ex-

cludente e desigual, em seu modo operante não contempla condições de trabalho para todos.

Sendo assim, o direcionamento das políticas sociais voltados em sua maioria para a “superação da situação de rua” se preocupa mais em enquadrar o sujeito na sociedade, através de uma perspectiva neoliberal, do que se propor a garantir os direitos sociais, como alimentação, abrigo, local para higiene, e a superação dos desafios impostos a quem vive em situação de rua, ignorando assim a heterogeneidade desta população e suas particularidades.

Aspectos perigosos na rua

Já me largaram de pé de cachorro umas dez vezes. Deu-me a acordar de manhã, depois do kisuco, olhar pros pés, cadê os tênis? Tinha desatado, levado, meia, tênis, tudo. Uma vez me largaram só de meia. Umas três vezes, bem português, em menos de dois meses, três vezes de pé de cachorro. Tudo, né? Daí, o que que acontece? Perante isso, o que é ruim pra nós, não só pra mim, pra vários que tomam medicação, que querem tomar medicação séria, pra nós é ruim esse fato. Porque a gente não tem onde ficar fixo para poder tomar o remédio. Porque essa medicação, ela te chapa também (Bromélia).

Dentro os aspectos levantados pelos usuários de como é a vida na rua, a violência foi um dos pontos que mais apareceram em suas falas. “Tem que tá sempre acordado, sono nunca, de sonhar assim, tu nunca dorme. É mentira não. Sempre. Só dorme, eu dormia mais de dia, porque daí o movimento começa e eu dormia” (E3). Além de relatarem dormirem durante o dia por conta dos perigos, outra estratégia levantada por eles é de estarem sempre acompanhados “o tempo que eu tô na rua, mas eu nunca tive... Sozinho, sabe? Sempre tinha algum companheiro junto” (E13).

A violência relatada por eles inclui agressão, roubos e até mortes. Para as mulheres, ainda há mais perigos como o “abuso, é mais vulnerável uma mulher, com certeza, ainda mais exposta” (E1). Além da violência provocada por outras pessoas, os aspectos de viver em situação de rua também foram mencionados “o perigo, o que eu mais sofri foi o frio. O que eu tinha mais medo mesmo foi o frio. O frio me congelava. O frio no inverno, assim... É o que sempre me assustou, foi o frio. É o que eu tenho medo até hoje” (E5).

Além dos perigos levantados em suas falas, a grande maioria descreveu o ambiente físico da rua como terrível: “Horrível. Muito horrível. Precário. Acho que não é vida para ninguém né” (E1). Outros ainda mencionaram

o preconceito sofrido nas ruas “É muita discriminação. É muitas pessoas que olham pra gente na situação que a gente tá ali, e pra eles a gente é um lixo. É vagabundo, é drogado, é bêbado. Então, eles generalizam toda uma situação e colocam todas as pessoas na mesma situação, mesmo que não sejam” (E7).

Dentre esses aspectos levantados, um grande desafio relatado por eles é o de não terem onde deixar seus pertences durante o dia, assim tendo que carregar consigo por onde vão, muitas vezes tendo que jogar fora pertences pesados, como cobertores, sendo furtados e ou até perdendo, como é o caso de Bromélia, que relatou ter perdido seus pertences e sido furtada diversas vezes, “e acaba perdendo as coisas, porque já não tem nenhuma roupa mais pra botar, já não tem documento, perdi tudo. Assim vai, é remédio, é documento, é tudo. É roupa, é tudo, é calçado” (Bromélia).

Estratégias de (sobre)vivência na rua

Eu vendo, tô vendendo, peguei umas balinhas pra vender dentro dos Trensurb, ali eu tiro meu café, meu iogurte, eu tenho que, sou obrigada a comer fruta, eu tenho que tomar iogurte pra manter a imunidade. Eu tenho que ter uma alimentação super adequado (Brómelia)

Perante os desafios enfrentados, os entrevistados apontaram estratégias que utilizam para se manterem na rua, dentre elas, como fazem para conseguirem alimentação e para manterem condições básicas de higiene, os serviços e locais que acessam, bem como as atividades laborais que desenvolvem para conseguirem dinheiro, como venda de bala na sinaleira, cuidar de carros na rua, limpeza de calçada, descarregamento de mercadorias e outros bicos.

Um dos serviços mais citados por eles foi o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) “a gente fica no CAPS o dia inteiro. Tem almoço, café da manhã e café da tarde” (E12). O CAPS é um serviço que pertence a Rede de Saúde Psicossocial (RAPS) que faz parte da Rede de Saúde (RAS), destinado ao cuidado em saúde mental de pessoas em sofrimento mental e/ou em uso de álcool e outras drogas. Os CAPS oferecem em seus serviços a ambiência, ao qual tem como objetivo incluir os usuários naquele espaço, a criação de vínculo com os indivíduos e familiares, sendo um ambiente de convivência incluso no processo terapêutico do usuário. O serviço ainda oferece alimentação e acesso à água e a cuidados de higiene para os usuários. Dessa forma, as PSR que estão vinculados aos CAPS, acessam esse serviço para passarem o dia utilizando também como estratégia de sobrevivência à rua.

Outro local mencionado por eles, foi o acesso às praças e ginásios do município ao qual buscam para realizarem suas higiênes “ia nos ginásios tomar banho. Ou então, tinha a Praça do Cantão, ligava a torneira e tomava banho ali mesmo. Na frente da prefeitura, várias vezes também.” (E10).

Ainda mencionaram serviços que utilizam em outros municípios, como o Centro Pop e o Bandeirão de Porto Alegre, além dos albergues de outras cidades, visto que, devido ao prazo estabelecido por esses serviços, eles necessitam estar sempre indo em busca de um novo espaço para passar a noite.

A grande maioria relatou realizarem bicos para conseguirem dinheiro na rua, vários mencionaram cuidar de carros e buscarem por pontos estratégicos para ficarem, como rua de bancos “*ali naquela rua a gente conhece muita gente com dinheiro, vários vieram em mim*” (E3). Outros mencionaram a reciclagem e outros serviços: “*com reciclagem, fazer um servicinho, coisa e outra que eu posso, que nem pintar uma grade, limpar uma calçada... essas coisas assim*” (E7). Outra estratégia utilizada por eles era pedir para as outras pessoas algum trocado ou até comida: “*Pedinte. Fui sempre pedincha desde 2020. Sempre pedindo pra todo mundo*” (E5), e por vezes, utilizavam como tática a mentira: “*Eu muitas vezes mentia. Fazia reciclagem ou fazia algum serviço pintura, conseguia algum biscoito*” (E8).

Grande parte das estratégias mencionadas pelos entrevistados dependem do apoio da sociedade para que eles tenham acesso aos mínimos sociais, como exemplo a alimentação, papel esse que deveria ser das políticas públicas, visto que são direitos garantidos constitucionalmente. Houve um entrevistado ainda que relatou que a prefeitura estava pedindo para que os comerciantes não dessem mais alimentação para as pessoas em situação de rua “*que nem agora, proibiram todos os estabelecimentos do centro de Sapucaia, de dar alimentação*” (E7). Existe aí diversas ambiguidades, tanto em relação desta população com a sociedade em geral, quanto com o Estado. Ao que diz respeito a sociedade em geral, há os que desprezam esta população e os que, como forma de caridade, filantropia e benevolência, ajudam essas pessoas. E há a do Estado, que minimiza as ações voltadas para essa população, ao mesmo tempo que desestimula a sociedade a oferecer essa “ajuda”. Essas ambiguidades se relacionam como a forma que esse segmento ainda é visto, seja pela sociedade ou pelas políticas sociais, como um “problema social”, uma situação a ser superada, porém sem tocar na raiz do “problema”.

Barreiras sistêmicas

Na rua não tem como ficar. E três dias num lugar, três dias no outro. O que que eu vou ter? Não posso lavar uma roupa.

Tenho que usar a bota fora. Não posso carregar um monte de mochila. Essa aí é a situação mais difícil. Não posso tomar a medicação certinha, do jeito que tem que tomar. Eu já arranco tomando de manhã quatro comprimido. E sou obrigada a tomar todos os dias. Mas Deus tá no controle (Bromélia).

Nessa sua fala, Bromélia está se referindo à relação de prazos estabelecidos pelos albergues para a passagem do usuário nos locais. Segundo ela “*é três dias aqui, a outra não sei aonde. A gente, eu trabalho, como eu te falei, não tem como carregar as minhas mochilas. De que jeito eu vou trabalhar com três, quatro mochilas? Não tem como*” (Bromélia).

Falas parecidas com a de Bromélia, surgiram também em outras entrevistas, como a necessidade de ficarem buscando albergues de cidade em cidade, como peregrinos, ou terem que dormir nas ruas por não encontrarem outra opção.

Ainda sobre o albergue, outro ponto levantado foi o local onde ele está localizado:

Não sei se tu vai perguntar, mas eu acho que um albergue deveria ser mais perto do centro como era na Camboim, que era a escola lá. Porque é muito longe pra gente, a gente tem que arrumar passagem com outras pessoas, porque a gente não tem dinheiro. E é muito longe para caminhar também (E5).

Assim como trazido nas falas anteriores, o centro acaba sendo um local estratégico para eles, seja por ser um local com mais recursos e serviços, quanto para conseguirem dinheiro. O local onde o albergue está inserido atualmente, é um local mais distante do centro, com poucos recursos no bairro e menor circulação de pessoas, por ser uma área mais residencial, dessa forma, para aqueles que passam apenas a noite no local, precisam se deslocar até o centro para buscarem recursos para passar o dia. Esse ponto não foi trazido apenas pelos usuários, mas pelos próprios funcionários do local, que relataram ter dificuldade de encontrar recursos para eles próprios ao redor, como restaurantes ou até mesmo barraquinhas de lanches.

Entre outros tópicos levantado pelos entrevistados, um que dificulta muitas vezes o acesso a seus direitos é a perda de seus documentos, algo que acaba sendo comum entre eles, como já relatado anteriormente, e conforme Bromélia: “*e agora com a perca (sic) dos meus documentos, não consigo nem pegar o meu auxílio. Fiquei sem dinheiro, sem nada e sem documento que eu não possa atravessar a fronteira*”, além de, pela falta de documentação, serem barrados de acessar serviços, e/ou receberem seus benefícios.

Mas e a saúde, como fica?

O intuito de colocar a história de Bromélia como eixo orientador dos aspectos de vida trazidos durante as entrevistas, foi evidenciar como todos eles afetam sua condição de saúde. A forma como vive, se alimenta, acessa serviços, os perigos enfrentados, as estratégias utilizadas, todos afetam diretamente sua saúde, bem-estar e qualidade de vida. Bromélia em seus relatos, tornou evidente como sua condição de vida afetava sua condição de saúde e deu uma grande aula sobre os desafios diários que atravessam seu cuidado com a saúde.

Ao falar sobre saúde com os entrevistados, alguns a descreveram como: “Saúde é a gente não ter doença nenhuma e poder trabalhar. Poder fazer o que a gente quer, o que a gente sabe fazer” (E7); “estar bem, não estar sentindo nada” (E1), “Saúde é não ter doença, eu acho” (E13). Outros afirmaram que para ter saúde é necessária “uma alimentação boa, uma atividade física, não usar droga, principalmente, um bom sono, um ambiente com pessoas que tenham as conversas tranquilas, porque a saúde não tá só por dentro, tá na cabeça, né?” (E3); “Eu acho que alimentação, cuidar... porque eu sou um que não sou de tomar remédio. Tomo remédio em último caso, né?” (E6).

Para a maioria dos entrevistados, saúde significa a ausência de doenças e para tê-la é necessário adotar hábitos de vida saudáveis, o que, pelos aspectos já mencionados, se torna contraditório, visto pela análise de um dos entrevistados:

Porque a saúde e a moradia é um local que tu também ajuda na tua saúde. Porque a rua... a rua... a rua... Tu dorme no piso. Prejudica os teus pulmões. Na rua, tu compartilha muita coisa com os outros. Tu pode pegar HIV, AIDS, Hepatite A, Hepatite B. Na rua, tu corre risco de pegar o covid. [...] . Na rua, é mais fácil de tu adoecer que dentro de uma casa. Dentro de uma casa, tu pode se refugiar do frio, da chuva, de doenças. Que é onde na rua é mais fácil de tu pegar. Em casa, já não. Em casa, tu tem... tu tem os teus utensílios próprios. Como uma pasta de dente, como uma toalha, um chinelo de dedo. Um copo teu. Tu pode ir ali, tu tem no armário vários copos. Tu sabe que ali da tua, família não tem algum problema de doença. Mas na rua, é óbvio que na rua tu adoeca muito rápido. Como eu, aconteceu comigo, peguei uma chuva, peguei uma gripe. Minha mãe: Bah, isso aí é de tu tá na rua. Então na rua, é óbvio que... Dificilmente quem tá na rua tem

uma boa saúde. Dificilmente. Sempre tem algum problema de saúde. Se tu fazia ali, a pessoa vai ter algum... né? Algum problema de saúde, ela sempre vai encontrar nela. Às vezes, é raro tu encontrar aquela pessoa que é sadia na rua (E8).

Se faz necessário pensar, como adotar hábitos saudáveis para ter saúde quando as pessoas não possuem acesso ao básico? A fala deste entrevistado reforçou o que já foi posto anteriormente, pois, pela ausência de moradia, estes são impedidos do acesso aos mínimos sociais, ao qual afetam diretamente a condição de saúde e os colocam diretamente em situação de risco à saúde.

Ainda assim, muitos mencionaram procurar algum serviço de saúde muito raramente e quando o procuram é para realização de testes rápidos, “*nem sei a última vez que eu fui no médico, acho. Eu fui aqui no posto só pra fazer exame, assim, mas deu tudo sereno. Deu tudo tranquilo, nem os pulmões, nada*” (E3); “*olha, se eu te falar aqui o seguinte. Em hospital, em hospital mesmo, faz uns três anos. Agora postinho de saúde e foi só em 2021. Agora hospital, hospital onde eu estive é muito mal, risco de saúde*” (E8). Alguns relataram ter feito os testes rápidos para entrarem para o albergue “*ah, o teste rápido foi quando eu comecei aqui. Foi quando, faz tempo, uns sete meses*” (E3). Os entrevistados que relataram buscar mais vezes as equipes de saúde, possuíam já alguma doença crônica ou faziam algum tratamento, como: “*o São José procurava mais pra trocar as receitas, renovar as receitas. Mas agora eu vou fazer só as receitas lá no CAPS*” (E5); “*é de seis em seis meses eu faço [...] Inclusive hoje fui no posto aqui. Peguei meus medicamentos, para dor também, a moça me deu as receitas tudo para pegar na farmácia municipal*” (E7); “*por causa do lítio, né? A cada três meses tem que fazer o exame, para ver como tá*” (E4).

Quanto aos motivos para não buscarem os serviços de saúde com mais frequência, alguns entrevistados relataram “*é que o cara anda pra lá e pra cá e o cara não... Às vezes esquece. Sempre tem alguma coisinha ou outra pra fazer*” (E13); “*eu nunca senti nada, né? Nunca tive aquela coisa de... Porque eu nunca fiquei parado assim. Eu não tinha... Eu tava sempre me movimentando, correndo. Eu não tinha necessidade. Eu mesmo já fazia o meu próprio exame. Eu tava sempre me movimentando mesmo*” (E10). Já outros, mencionaram o desejo de morrer como fator para não buscarem a saúde “*é, pode ser, mas isso aqui não me interessa muito, sabe? Porque eu, todo dia, eu te falar a verdade, todo dia eu só penso em morrer. Eu tenho muita depressão*” (E5); “*Eu falava, bah, o que que eu vou fazer? Eu não quero fumar, não quero tomar banho, entendeu? Não quero comer, não quero nada, quero só fumar. Eu não tô nem aí, eu tô mais por morrer de uma vez*” (E3).

Os serviços de saúde ao qual os entrevistados citaram utilizar com maior frequência foram as unidades básicas em saúde, em particular a ESF Cohab Casas em vista de estar localizada ao lado do albergue, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e o Consultório na Rua (CnR) de outros municípios. Nenhum usuário citou ter sido maltratado em algum serviço de saúde ou não ter sido atendido por algum motivo, porém, mesmo assim eles mencionaram buscar muito pouco os serviços.

Esse cenário demonstra os desafios da saúde com essa população, pois há um grande distanciamento a ser analisado. Através dos relatos, ficou explícito que, com base nas condições de vida e dentre as estratégias adotadas para sobrevivência na rua, a saúde não é uma prioridade, mesmo para aqueles que demonstram compreender que as condições de vida implicam nas condições de saúde e que, embora vivam em situação precária no ponto de vista dos direitos, ainda se distanciam da saúde.

Conforme a Pesquisa Nacional sobre a População de Rua desenvolvida pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) realizada entre 2007 e 2008, 30% dos entrevistados pela pesquisa apresentaram ter algum problema de saúde, 8% não sabiam responder e 62% responderam não ter nenhum problema de saúde, porém em comparação os dados da população em geral e da população que vive com renda familiar de até um salário mínimo, apresentaram respectivamente 78% e 72% de estado de saúde bom ou muito bom. Esses dados demonstram que há um adoecimento maior entre a População em Situação de Rua, e ainda faz pensar visto que, pelas condições precárias de vidas e os estigmas impostos a eles, muitos podem não buscar a rede de serviços de saúde para realização de exames e diagnósticos de doenças.

Muito há de se pensar como isso implica para o modelo em saúde, se os serviços de saúde disponíveis hoje criam também estratégias para vincular esses sujeitos às suas equipes, quais os esforços pensados e colocados em práticas, se estes são vistos em seus territórios, ou se são completamente ignorados.

A fala de um entrevistado ainda chamou atenção: *“a última vez que eu fiz foi só dos dentes [...] Faz acho que uns dois meses. Um mês que começava a fazer o teste ali no centro. Na praça ali. [...] Eles apontavam pra mim se eu queria fazer o teste e eu fiz”* (E13) A fala dele se referia a um evento, ao qual foi realizado pelos profissionais de odontologia na Praça General Freitas de Sapucaia do Sul em alusão ao Maio Vermelho, mês da conscientização para a prevenção ao câncer bucal, e ofertou, entre outros serviços, avaliação odontológica para a comunidade. Isso demonstra a importância das ações em saúde, principalmente aquelas fora do espaço da unidade, que buscam

a população que geralmente não acessa regularmente, tanto para a PSR quanto para a sociedade em geral, ao qual não conseguem o acesso por diversos motivos.

Se faz necessário um olhar ampliado da saúde para aqueles que estão em situações de mais vulnerabilidades, respeitando os princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde. Ainda, o olhar a ser direcionado para a PSR necessita levar em conta seus aspectos de vida, respeitando a heterogeneidade desse segmento, pois todos são diferentes, com suas particularidades e singularidades.

Os Consultórios na Rua (CnR), serviço instituído pela Política Nacional de Atenção Básica, são uma grande estratégia para atenção em saúde direcionada para a PSR, sendo um serviço itinerante que desenvolvem ações articuladas com outros pontos da rede de saúde e que integram em suas equipes o agente social, ao qual, segundo a Portaria n.º 122/2011, são profissionais que desempenham “atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua” (Brasil, 2011). Ainda, exige que os agentes sociais tenham experiência prévia em atenção a essas pessoas ou tenham tido uma trajetória de vida em situação de rua.

Porém nem todos os municípios contam com essa importante estratégia no âmbito da Atenção Básica, sendo assim, conforme a PNAB, “o cuidado integral das pessoas em situação de rua deve seguir sendo de responsabilidade das equipes de atenção básica” (Brasil, 2011), para isso é necessário que as equipes de atenção básica tomem conhecimento sobre os aspectos de vida desses sujeitos e estejam capacitados para lidar com a saúde destes de forma integral, na lógica da garantia do direito.

Considerações finais

A saúde, vista hoje como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” pela Organização Mundial de Saúde e como um direito garantido através da Constituição Federal a todos, não pode ser discutida se não através dos fatores sociais que atravessam a vida dos sujeitos. Apesar dos Determinantes Sociais em Saúde vislumbrar os aspectos de vida dos sujeitos através de fatores sociais que influenciam diretamente nos problemas de saúde dos indivíduos, falha arduamente ao não considerar o macrosocial: o sistema de produção capitalista, a colonialidade do poder, geradores das desigualda-

des sociais, essas que são expressões da questão social que se manifestam na vida dos sujeitos. Argumentamos que é impossível discutir condições de saúde sem realizar a crítica ao sistema social vigente. Dessa forma, para pensar as condições de saúde dos sujeitos em situação de rua, é necessário ultrapassar os estigmas societários impostos, compreendendo que os aspectos de vida desses sujeitos são seus determinantes de saúde e que precisam ser vistos além da condição social, mas através de uma visão macrossocial e crítica.

Trazer a luz os aspectos de vida desses sujeitos sob o olhar deles, possibilitou compreender que a problemática vive na negativa dos direitos sociais imposta a eles. Apesar da heterogeneidade desse segmento, das singularidades e particularidades de cada entrevistado, os aspectos da vida na rua trazidos eram semelhantes, assim como, os desafios enfrentados, as estratégias de sobrevivência na rua, as barreiras sistemáticas que atingem a todos, embora atinja a cada um de formas particulares.

Diante de todos os aspectos revelados, a saúde deixa de ser uma prioridade para eles e assim, embora muitos tenham consciência de que suas condições de vida trazem riscos à saúde, raramente buscam os serviços para realização de consultas, exames ou outros motivos. A proposta do Consultório na Rua como serviço especializado dentro da Política Nacional da Atenção Básica é um poderoso instrumento direcionado a esta população, porém, ainda sim, se faz necessário que equipes de saúde em geral se apropriem dos aspectos de vida dessa população, se capacitem e estejam preparados para atendê-los, para não reproduzir espaços de exclusão a esses sujeitos.

Sem o intuito de esgotar essa temática, o objetivo deste estudo foi despertar reflexões acerca da População em Situação de Rua, seus aspectos de vida e necessidades sociais, para poder assim compreender suas condições de saúde e o papel e posição que as equipes em saúde precisam desenvolver para garantir o direito à saúde a esta população.

Assim, defendemos a necessidade de aprimoramento das políticas sociais voltadas para essa população, para que essas atendam às necessidades sociais e não tenham como único objetivo o enquadramento desses sujeitos, buscando torná-los parte de uma sociedade e um sistema que os exclui e os adocece, mas sim, que promova a garantia dos direitos básicos e essenciais, visando que estes possam ter uma vida com dignidade.

Referências

ALMEIDA, Silvio. *O que é racismo estrutural?* Belo Horizonte: Letramento, 2018.

- ANDRADE, Rebeca de; COSTA, Alane Andréa Souza; SOUSA, Elyana Teixeira; ROCON, Pablo Cardozo. O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa, *Revista Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 46, n. 132, p. 227-239, jan./mar. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/c8JDyXMSz7bHRHrLFdxtHPPr/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 16 out. 2023.
- ARGILES, Mariglei dos Santos. *População adulta em Situação de Rua: da invisibilidade social ao direito a ter direitos*. 2012. 106 f. Dissertação (Mestrado em Política Social). – Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2012. Disponível em: https://pos.ucpel.edu.br/ppgps/wp-content/uploads/sites/5/2018/03/MARIGLEI.ARGILES_População-Adulta-em-Situação-de-Rua—Da-invisibilidade-social-ao-direito-a-ter-direitos.pdf. Acesso em: 14 out. 2023.
- BRASIL. *Decreto n.º 7.053, de 23 de dezembro de 2009*. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 14 out. 2023.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 8 nov. 2023.
- BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Secretaria de Avaliação e Gestão de Informação. Secretária Nacional de Assistência Social. *Rua aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua*. Brasília, DF: MDS, 2009. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/acervosocial/wp-content/uploads/sites/7/2017/08/052.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2023.
- BRAUN, Virgínia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais, *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmFGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf>. Acesso em: 19 out. 2023.

- FLEURY, Sonia. Capitalismo, democracia, cidadania: contradições e insurgências. *Saúde em Debate*, v. 42, n. esp. 3, p. 108-124, 2018.
- GUERRA, Alexandre; POCHMANN, Marcio; SILVA, Ronnie Aldrin (org.). *Atlas da exclusão social no Brasil: dez anos depois*. v. 1. São Paulo: Cortez, 2014.
- HALLAIS, Janaína Alves da Silveira; BARROS, Nelson Filice de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Caderno da Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, jul. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MDJ4Q-8zJvCTWDHktRGyTwzC/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 16 out. 2023.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela. *O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional!* 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000;
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICO APLICADA (IPEA). *Nota Técnica n.º 103*. Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil (2012-2022). Brasília, DF: IPEA, 2023. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11604/4/NT_103_Disc_Estimativa_da_Populacao.pdf. Acesso em: 11 nov. 2023.
- NATALINO, Marco Antonio Carvalho. *Estimativa da população em situação de rua no Brasil*. Texto para Discussão, n.º 2246. Brasília DF: IPEA, 2016. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7289/1/td_2246.pdf. Acesso em: 14 out. 2023.
- OLIVEIRA, Alisson; GUIZARDI, Francini Lube. A construção da política para inclusão de pessoas em situação de rua: avanços e desafios da intersectorialidade nas políticas de saúde e assistência social. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 29, n. 3, e190650, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Cx5ZKxsqCXyHzrJz68QXc3G/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 14 out. 2023.
- PEDREIRA, Ana Maria; CONSORTE; Josidelth Gomes. Invisibilidade social: a educação como instrumento de combate à exclusão social. *In: CHAIA, Vera; BÓGUS, Lúcia; MAGALHÃES, Luís Felipe Aires (org.). Ciências sociais contemporâneas: objetos de pesquisa*. São Paulo: EDUC, 2021. p. 199-222.
- PORTO, Marcelo Firpo de Souza; PIVETTA, Fátima. Por uma Promoção da Saúde Emancipatória em Territórios Urbanos Vulneráveis. *In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado. Promoção da Saúde*. Conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 207-229.

- QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, Edgardo (org.). *A colonialidade do saber*. Eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: CLACSO, 2005. p. 227-278.
- RAMPASI, Natalia de Lara; OLDONI, Sirlei Maria. Cidade para quem? Uma análise da arquitetura hostil e sua influência no espaço urbano. *Revista Thêma et Scientia*, v. 10, n. 2 E, p. 385-406, jul./dez. 2020. Edição Especial Arquitetura e Urbanismo. Disponível em: <https://ojsrevistas.fag.edu.br/index.php/RTES/article/view/1280/1319>. Acesso em: 14 out. 2023.
- SANTOS, Giovana Moraes dos. *Perspectivas da população em situação de rua: saúde mental e cuidados oferecidos pelo SUS e SUAS*. 2021. 88 f. Monografia (Bacharelado em Psicologia) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2021. Disponível em: https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/15231/Gio_vana_Monografia_26.01.22_Final__2_.pdf. Acesso em: 7 out. 2023.
- SILVA, Gabriel Oliveira da. *Gentrificação e higienização social: um estudo de caso acerca do desvirtuamento do instituto da desapropriação*. 2017. 98 f. Monografia (Bacharelado em Direito). Faculdade Baiana de Direito, Salvador, 2017. Disponível em: <https://portal.faculda.debaianadedireito.com.br/portal/monografias/Gabriel%20Oliveira%20da%20Silva.pdf>. Acesso em: 14 out. 2023.
- SILVA, Maria Lucia Lopes da. *Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005*. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2006.
- SOUZA, Diego de Oliveira; SILVA, Sóstenes Ericson Vicente da; SILVA, Neuzianne de Oliveira. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. *Saúde Soc.*, São Paulo, v 22, n. 1, p 44-56, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/YJcDtBH4hX3prjZDtXCSMPk/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 19 out. 2023.
- SPOSATI, Aldaíza. Exclusão social abaixo da linha do Equador. In: Veras, M. P. B., (org.). *Por uma sociologia da exclusão social: o debate com Serge Paugam*. São Paulo: Educ, 1999. p. 126-138. Originalmente apresentada no Seminário Exclusão Social, realizado na PUC São Paulo, em 1998. Disponível em: <http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/GEC/RefID/exclusao.pdf>. Acesso em: 15 out. 2023.