



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO - UFOP
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS - ICSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL - DESSO**

**“POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O ACESSO À SAÚDE PÚBLICA
NO BRASIL”**

PALOMA MARQUES DA SILVA

Mariana - MG
2022

PALOMA MARQUES DA SILVA

**"POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O ACESSO À SAÚDE PÚBLICA
NO BRASIL"**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em
Serviço Social da Universidade Federal
de Ouro Preto. Área de concentração:
Ciências Sociais Aplicadas.

Orientadora: Professora Doutora
Alessandra Ribeiro de Souza

Mariana - MG
2022

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

S586p Silva, Paloma Marques Da.
População em Situação de Rua e o Acesso à Saúde Pública no Brasil.
[manuscrito] / Paloma Marques Da Silva. - 2022.
53 f.

Orientadora: Profa. Dra. Alessandra Ribeiro de Souza.
Monografia (Bacharelado). Universidade Federal de Ouro Preto.
Instituto de Ciências Sociais Aplicadas. Graduação em Serviço Social .

1. Pessoas desabrigadas. 2. Saúde pública - Brasil. 3. Serviço social
com pessoas socialmente excluídas. I. Souza, Alessandra Ribeiro de. II.
Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU 304.4(81)

Bibliotecário(a) Responsável: Essevalter De Sousa-Bibliotecário Coordenador
CBICSA/SISBIN/UFOP-CRB6a1407



FOLHA DE APROVAÇÃO

Paloma Marques da Silva

População em Situação de Rua e o Acesso à Saúde Pública no Brasil

Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel

Aprovada em 24 de junho de 2022

Membros da banca

Dra. - Alessandra Ribeiro de Souza - Orientadora- Universidade Federal de Ouro Preto
Assistente Social - Ligian Christina Lacerda - Centro de Referência Especializada em Assistência Social
Dra.- Cristiane Silva Tomáz - Universidade Federal de Ouro Preto

Alessandra Ribeiro de Souza , orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 29/06/2022



Documento assinado eletronicamente por **Alessandra Ribeiro de Souza, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 29/06/2022, às 15:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 , informando o código verificador **0354429** e o código CRC **095348D0**.

Dedico a Deus, que sempre foi um refúgio. Aos meus pais, Nice e Taim, que foram e sempre serão meu porto seguro, pra onde eu sempre poderei voltar e receber todo apoio e amor do mundo. Vocês me criaram para o mundo, e eu sigo tentando conquistá-lo. Aos antigos amigos, que são sinônimos de inspiração, saudade, companheirismo, acolhida e apoio. Em especial aos outros dois membros do “Trio Parada Dura”, Mayara e Lívia, mais uma vez vocês me acompanharam na jornada, enquanto nossas vidas tomavam novos rumos, vocês foram meu ponto de apoio. Aos novos amigos, que caminharam comigo e fizeram essa estrada mais leve, cheia de risadas, abraços, música, cerveja e muito amor. Ao Diego, nosso querido “Japa”, pois sua perda me fez refletir o que a sociedade permitia a vocês, pessoas em situação de rua, esse trabalho é um pouco fruto da raiva de te ver partirtão cedo.

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

Carlos Eduardo Ramos (Pessoa em
Situação de Rua em Salvador)

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como objeto de pesquisa sistematizada, a população em situação de rua e o acesso à saúde pública no Brasil. Tem como objetivo analisar o sistema de saúde brasileiro e o acesso dessa parcela da população a ele e as equipes de consultório de rua, identificando os principais obstáculos, especificidades e problemáticas, para tanto, utilizou-se de uma pesquisa bibliográfica, que analisou documentos oficiais do Governo Federal e produções acadêmicas e científicas que debatam os temas e normatizem o SUS, a população em situação de rua e as equipes de consultório de rua (eCR), assim como o que foi produzido sobre as eCr's durante a pandemia de COVID-19.

Palavras-chave: População em situação de rua; consultório de rua; saúde.

RESUMEN

Este trabajo de conclusión de curso tiene como objeto de investigación sistemática la población sin hogar y el acceso a la salud pública en Brasil. Su objetivo es analizar el sistema de salud brasileño y el acceso de esa parte de la población a él y a los equipos de la clínica de calle, identificando los principales obstáculos, especificidades y problemas, para eso, se utilizó una investigación bibliográfica, que analizó documentos oficiales de la Gobierno Federal y producciones académicas y científicas que debaten los temas y regulan el SUS, la población sin hogar y los equipos de clínicas de calle (eCR), así como lo producido sobre las eCr's durante la pandemia del COVID-19.

Palabras llave: Población sin hogar; clínica de calle; salud.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	8
INTRODUÇÃO	9
1. Sistema Único de Saúde brasileiro - universalidade, integralidade e igualdade ao acesso à saúde.....	11
1.1. O caráter político da construção da política nacional de saúde pública brasileira...	15
2. Acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde pública no Brasil	18
2.1. Assistencialização da pessoa em situação de rua.	32
2.2. Para além da saúde mental da população em situação de rua.....	35
3. O que se tem pensado sobre as eCR's durante a pandemia de COVID-19	42
Considerações Finais.....	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS.....	52

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

Centro POP – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social

eCR – Equipe de Consultório de Rua

HFSE - Hospital Federal dos Servidores do Estado

IPEA - Instituto de pesquisa Econômica Aplicada

MDS – Ministério de Desenvolvimento Social

MNPR – Movimento Nacional da População em Situação de Rua

PNPSR – Política Nacional da População em Situação de Rua

PSR – População em Situação de Rua

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SMASDH/RJ - Secretaria de Direitos Humanos da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO

De acordo com o Decreto nº 7053 de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional da População em Situação de Rua (PNPSR):

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

Tendo isso em vista, o presente trabalho visa discutir o acesso da População em Situação de Rua à Saúde Pública no Brasil. A partir de observações feitas no estágio no Centro de Referência Especializado em Assistência Social de Ouro Preto/MG e durante o tempo de trabalho no Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centro POP), no município de Mariana/MG - vale ressaltar que ambos os equipamentos são responsáveis pelo atendimento desse público no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) -, notou-se a dificuldade desse grupo de pessoas em extrema vulnerabilidade de acessar outras políticas públicas além da assistência social, que parece ser o primeiro encaminhamento feito a essas pessoas quando acessam ou necessitam acessar diferentes espaços.

Acompanhar o (não) acesso desse público e os constantes encaminhamentos deles à política de Assistência e aos serviços ao qual eu estava inserida, mesmo em casos de saúde, assim como as demandas por higienização, me incomodaram e me levaram a ter interesse pela pesquisa desse fenômeno. Vale ressaltar também que essa discussão visa ir além de considerar apenas a saúde mental desse público, mas a saúde em sua totalidade. Sua relevância se justifica na importância de debater esse tema que ainda tem poucas produções que se propõem a discuti-lo.

Tem como objetivo relacionar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como eles são aplicados ao público alvo desta pesquisa e como eles acessam ou não esses serviços.

Para tanto, será utilizada a pesquisa bibliográfica, que tem como base documentos

oficiais do Governo Federal e pesquisas que debatem acerca do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional da População em Situação de Rua e as Equipes de Consultório de Rua (eCR).

Dessa forma, essa pesquisa se divide em três capítulos, o primeiro debatendo o SUS sua universalidade, integralidade, igualdade ao acesso à saúde e a sua construção política. O segundo se atendo de forma direta ao tema desta pesquisa, debatendo sobre a população em situação de rua, o seu acesso ao sistema público de saúde brasileiro e seu acesso para além da saúde mental. E finalizamos com a revisão bibliográfica sobre as discussões a cerca das eCR's durante a pandemia de COVID-19.

1. Sistema Único de Saúde brasileiro - universalidade, integralidade e igualdade ao acesso à saúde.

Antes de abordarmos de forma mais direta o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde pública, é importante debatermos as formas que esse acesso se dá a todos os cidadãos sem distinção, em sua teoria, para posteriormente afunilarmos ao público que nos atentaremos no decorrer do processo. Sendo assim, iniciaremos analisando um pouco do sistema de saúde brasileiro desde que foi apresentado como um direito de todos, na constituição de 1988 e da regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), dois anos depois.

De acordo com a Constituição Federal do Brasil, em sua seção destinada à saúde, no artigo 196, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”.

O Sistema Único de Saúde, de acordo com a legislação, é o conjunto de todas as ações e serviços de saúde públicos, sejam de administração direta ou indireta. Isso inclui as instituições de controle de qualidade e pesquisa, insumos e medicamentos.

Dessa forma, o SUS, criado em 1988, através da nova constituição Federal e regulamentado em 1990, pela lei nº8080 que detalha o funcionamento desse sistema, tem como um dos seus objetivos garantir o acesso de todos os cidadãos aos seus serviços e a saúde em sua forma plena. Com equipes multiprofissionais, o sistema deve entregar todos os níveis de atenção a todo e qualquer cidadão.

A seguir, trazemos o sétimo artigo da legislação de regulamentação, para que possamos nos atentar aos princípios e diretrizes desse conjunto de ações e serviços.

“Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias

plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017). (BRASIL, 1988)

Dessa forma, compreendemos que o SUS é dividido em diferentes complexidades - primária, secundária e terciária - e todo cidadão, sem nenhuma distinção, tem o direito de acessar todos os serviços e níveis de atenção à saúde. Assim, é importante ressaltar, nesse momento, que um dos princípios do SUS é a integralidade, que deve garantir que o sujeito tenha acesso à saúde de forma integral. Que seja considerado como um ser que se encontra inserido em todo um contexto que vai além da patologia apresentada de imediato. Esse sujeito é a combinação de condições sociais, psicológicas e fruto de suas relações pessoais e de comunidade. Dependendo assim, de agravantes e condicionantes para seu estado de saúde orgânica.

Sendo assim, cabe ao SUS ter um conjunto de ações e serviços que tratem ou previnam o adoecimento dos cidadãos, levando em conta o seu ser por completo e o seu contexto. Criar formas e estratégias para que todos tenham acesso, sem preconceitos ou privilégios, como dispõe o inciso IV da lei 8.080/90. Ou seja, é necessário que o Sistema Único de Saúde trate os sujeitos com equidade, levando em conta suas particularidades. Bom exemplo, nesse contexto, são os consultórios na rua, que visam atender a população em situação de rua nos seus territórios, se atentando às principais doenças que os afetam, devido a sua condição. Esses consultórios são itinerantes, e vão ao encontro da PSR nos principais espaços ocupados por ela e nas cenas de uso.

A regulamentação do SUS também exige que haja participação popular, que se dá por meio dos conselhos e conferências de saúde, por exemplo. Dessa forma, os interesses de cada comunidade podem ser apresentados, e a população controlar as decisões tomadas pelo executivo e pelo legislativo.

Cabem também a esse sistema, além do atendimento direto, outras formas de trazer saúde e informação à população. De acordo com a lei nº 8080/90, o SUS é o responsável pela fiscalização de tudo aquilo que é de consumo humano.

No entanto, conforme destacado no trecho que segue, a realidade apresentada por esse sistema está ainda muito longe do ideal, que está descrito na sua implantação.

“Há uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proposição inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou, apesar de alguns avanços, como o acesso de camadas da população que antes não tinham direito; o sistema de imunização e de vigilância epidemiológica e sanitária; os progressos na alta complexidade, como os transplantes, entre outros.” (CFESS, 2010. p.23).

É inegável a importância do sistema, o grande avanço que ele representa. Mas precisamos analisar criticamente que, em função dos diversos desmontes nas políticas públicas e pelo interesse da burguesia, ainda há muito que avançar, principalmente no que se diz respeito aos grupos minoritários, como a PSR. E, devemos analisar que tudo isso não foi construído do nada, há também um caráter político nessa construção, que analisaremos no próximo item.

1.1. O caráter político da construção da política nacional de saúde pública brasileira.

Importa destacar que a política pública de saúde brasileira está inserida no tripé que chamamos de seguridade social, que incluem a assistência social - não contributiva e que está disponível a quem dela necessitar - a previdência social, que é contributiva, e finalmente a saúde que não é contributiva e é universal. De acordo com o documento “Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na política de saúde” lançado do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em 2010, o estabelecimento dessa seguridade é fruto de muitas lutas e conquistas da classe trabalhadora. Como segue o excerto:

Parte-se da concepção de que as Políticas de Seguridade Social são concebidas na ordem capitalista como o resultado de disputas políticas e, nessa arena de conflitos, as políticas sociais, resultantes das lutas e conquistas das classes trabalhadoras, assumem caráter contraditório, podendo incorporar as demandas do trabalho e impor limites, ainda que parciais, à economia política do capital. Nessa perspectiva, ao garantir direitos sociais, as políticas sociais podem contribuir para melhorar as condições de vida e trabalho das classes que vivem do seu trabalho, ainda que não possam alterar estruturalmente o capitalismo. (CFESS, 2010, p.17)

Da mesma forma, destacamos também que esses direitos conquistados são uma maneira de manutenção da classe trabalhadora, sem maiores mudanças no sistema capitalista. É uma forma de transição para a sociedade que pautamos como ideal e ainda carece de muitas mudanças, apesar de ser conhecido como um dos melhores sistemas públicos de saúde do mundo.

O Sistema Único de Saúde (SUS), integrante da Seguridade Social e uma das proposições do Projeto de Reforma Sanitária, foi regulamentado, em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde (LOS). Ao compreender o SUS como uma estratégia, o Projeto de Reforma Sanitária tem como base o Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde. Destacam-se como fundamentos dessa proposta a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações. (id, p.19)

Já em sua idealização, o SUS traz como objetivo a democratização do acesso à saúde, de forma ampla e igualitária. Sendo papel de o Estado responder as expressões da

questão social, de modo a diminuir o impacto delas na classe trabalhadora. No entanto, todo esse movimento de reforma e fortalecimento da saúde pública e gratuita vai de encontro com a proposta de privatização. O modelo privatista tem por objetivo diminuir a ação estatal e entregar a gestão da saúde pública às grandes empresas, “enxugando” o estado, que julgam não ter condições de financiar completamente a política de saúde.

O processo de desmonte é percebido nos diferentes governos, mesmo os que se declaram mais à esquerda. Já no primeiro mandato de Luiz Inácio Lula da Silva, algumas expectativas, não foram atendidas e o plano da reforma sanitária seguiu sem avanços (CFESS 2010).

E, como direito conquistado e que requer financiamento do Estado, a política nacional de saúde segue sofrendo ataques constantes, reflexos de uma sociedade pautada pelo capitalismo. Nos últimos anos, esses ataques, não exclusivos à saúde, tem se tornado ainda mais fortes e frequentes, principalmente durante os governos de Temer e Bolsonaro.

A partir do governo Temer verifica-se a aceleração e a intensificação das políticas que contribuem para o desmonte do Estado brasileiro. No governo Bolsonaro tem-se o aprofundamento das contrarreformas iniciadas no governo anterior, haja vista a proposta central de reforma da previdência apresentada ao Congresso Nacional, em fevereiro de 2019, e as declarações de que será necessário fazer mais com os mesmos recursos, que retira do horizonte um maior aporte de recursos orçamentários para as políticas sociais. Pode-se considerar como três características básicas do atual governo: extremo liberalismo econômico; temor das mobilizações; e desprezo pela participação da maioria, ou seja, pela democracia, com ataques às instâncias de participação e controle social. (MENEZES, 2020. p. 194-195)

Esses ataques não são exclusivos dos últimos governos, mas se intensificaram de forma assustadora. Essas contrarreformas fazem parte de agendas governamentais que visam o lucro de grandes empresas que fazem da saúde um produto a ser vendido. Governos que seguem num plano de extermínio da população mais pobre.

O projeto que avança, dessa forma, é projeto privatista que garante o mínimo de procedimentos para os mais pobres e todo o resto sendo ofertado pelas empresas hospitalares, como trazido pelo CFESS (2010).

O projeto da saúde articulado ao mercado ou à reatualização do modelo médico assistencial privatista está pautado na Política de Ajuste, que tem como principais tendências: a contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis por meio do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local e eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento. (CFESS, 2010. p.22)

Entendemos assim, que desde a sua criação o SUS é palco de disputas e embates políticos que não cessam. O campo que defende sua universalidade e equidade, como traz a legislação, sofre ataques a todo o momento. Os cortes orçamentários fazem com que a sua efetivação se torne cada vez mais difícil e menos acessível à parte mais pobre da população brasileira.

Tendo isto em vista, todo esse desmonte e projeto que não permite que todos acessem todas as complexidades da saúde pública, debateremos nos próximos itens desse trabalho de como se dá o (não) acesso da pessoa em situação de rua à saúde, uma vez que ela pode ser uma das mais atingidas por esses processos.

2. Acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde pública no Brasil.

O fenômeno da população de rua é uma das expressões da questão social, que tem como base a extrema pobreza e a falta de acesso à moradia, ou o acesso a moradias precárias. De acordo com o Decreto nº 7053 de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional da População em Situação de Rua:

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

Sobre a PSR, importa demarcar sua construção histórica e a forma que essa parcela da população passa a ser parte do cenário dos grandes centros urbanos, e com o tempo aparecendo em pequenas cidades do interior.

A não incorporação, pela produção capitalista, da força de trabalho disponível na sociedade gerou uma massa de trabalhadores, um excedente das classes subalternizadas, pessoas que migraram das zonas rurais, pessoas com baixa ou nenhuma escolaridade e qualificação profissional. Jogada à margem do desenvolvimento e do acesso a bens e serviços, uma parcela significativa dessa população passou a buscar as ruas das cidades como sua única forma de sobrevivência. Assim, o agravamento da questão social contribuiu para que esse contingente fizesse das ruas seu espaço de moradia e/ou sobrevivência e houvesse um aumento da população em situação de rua nos grandes centros urbanos, incluindo-se aí crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos e famílias. Aquela parcela da população conhecida nas cidades por viver da caridade, da Igreja e do Estado, e que aos olhos destes tinham pouca ou nenhuma capacidade ou potencial de proceder a transformações efetivas em sua condição de vida, ganhou, portanto, novos contornos dados pela forma de ocupação do espaço e de sociabilidade no Brasil urbano e industrializado. (BRASIL, 2014, p.14)

Esse público e a situação de extrema vulnerabilidade em que se encontra são, dessa forma, mais uma das inúmeras expressões da questão social, esse conjunto de desigualdades que advém do sistema capitalista, que tem como um denominador comum uma produção exacerbada, assim como a exploração da classe trabalhadora.

Gerando cada vez mais lucro aos donos dos meios de produção, e mais pobreza a classe trabalhadora.

Como já foi referido, o Serviço Social tem na questão social a base de sua fundação como especialização do trabalho. Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho toma-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (IAMAMOTO, 2000. p.26)

Dessa forma, cabe ao Assistente Social, formular, programar e executar maneiras de enfrentar essa e outras expressões da Questão Social, estando inserido nos diversos espaços, serviços e equipamentos que atendem a PSR, nas diferentes políticas sociais.

Importa ressaltar, nesse momento, que a articulação da PSR, por meio do Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR), foi essencial para a criação das políticas direcionadas a esse público e o fortalecimento político dos mesmos, conforme nos aponta Sicari e Zaneli (2020):

A organização política das populações em situação de rua foi fundamental para provocar o Estado a elaborar políticas públicas referenciadas a essa população, mesmo que ainda incipientes (Conselho Federal de Psicologia, 2015). A criação da Política Nacional para População em Situação de Rua, em 2009 (Decreto nº7.053 2009), 42 configura-se como um marco legal às políticas para a população em situação de rua e surge como resultado da pressão exercida pelo MNPR (Almeida, 2015; Almeida et al., 2014). A elaboração dessa política pública ocasionou o fortalecimento político e organizativo das pessoas em situação de rua, pois estas passaram a se reconhecer como pessoas de direitos e se aproximaram do movimento social (Melo, 2015). (SICARI, ZANELI. 2020. p. 1063)

Como na criação de diversas outras políticas, só por meio da pressão popular isso se tornou possível. No caso do MNPR, temos outro grande destaque que é a participação da população de rua ativamente nessa construção, com o lema “Nada sobre nós, sem nós”, o movimento avança bastante. Com sua criação na primeira década de 2000, o MNPR vem também como uma resposta desse público ao “Massacre da Sé”.

A formação do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) foi fruto da crescente indignação com a violência e a negação de direitos a que esse público está submetido. Seu surgimento ocorreu no início dos anos 2000 como resposta a diversos episódios de violência contra a População em Situação de Rua. Dentre eles, destaca-se o “Massacre da Sé” que aconteceu nos dias 19 a 22 de agosto de 2004 quando 16 pessoas em situação de rua foram agredidas e sete foram assassinadas na cidade de São Paulo. Esses episódios geraram diversas manifestações na busca de justiça. Dentre essas manifestações, ressaltamos o “1º Ato pela Vida” que ocorreu no centro da cidade de São Paulo no dia 22 de agosto de 2004, e o “III Festival Lixo e Cidadania” que aconteceu em Belo Horizonte em setembro de 2004. Esses acontecimentos fizeram a População em Situação de Rua se unir e lançar as sementes do MNPR. Foi criada a bandeira e definidos os seus princípios. (BRASIL, 2014. p.19)

Lidamos com uma tentativa cada vez mais efusiva de desmonte do sistema único de saúde, partindo de governos neoliberais que flertam a todo instante com os grandes planos privados e da “agudização das expressões da questão social”, como o aumento de pessoas que estão em situação de rua. Trazendo, políticas higienistas e que visam exterminar essa população, de formas bastante cruéis.

A expansão do número de pessoas em situação de rua no país se dá em meados do século XX, em decorrência de fatores diversos, alcançando sujeitos em processos migratórios decorrentes da industrialização, desempregados, com problemas associados ao uso problemático de drogas, egressos do sistema penitenciário, entre outros. Atualmente, esse cenário tem se intensificado mediante o fortalecimento da política neoliberal no país, responsável pelo aumento do desemprego e a fragilização de políticas públicas que garantam direitos sociais fundamentais, desdobrando-se em uma crescente criminalização da pobreza. (MARQUES et al. 2021, p. 124)

Na pesquisa nacional, desenvolvida pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) em 2009, que trata da população de rua, nos é apresentado sobre a posse dos documentos e a relação quase que direta com o local de permanência desse público e do acesso deles aos albergues e casas de acolhimento.

“Cerca de 70% costumam dormir na rua, 22% dos pesquisados dormem em albergues ou instituições similares e 8% alternam entre a rua e o albergue. A comparação das principais características sexo, idade, escolaridade cor ou raça e nível de renda entre os que costumam dormir nas ruas e os que fazem uso mais frequente de albergues, mostrou a distinção entre os dois grupos, com maior vulnerabilidade de escolaridade e rendimentos dos primeiros. Essa distinção se manteve em relação à posse de documentos de identidade:

percentuais menores dos que costumam dormir nas ruas possuem carteira de identidade, CPF carteira de trabalho, certidão de nascimento ou casamento, e título de eleitor”. (BRASIL, 2009. p.140).

Levando em conta esses dados apresentados e a falta de espaços de acolhimento para esse público, destacamos a problemática da dificuldade do acesso aos documentos oficiais e o seu devido armazenamento.

Silva (2006) nos traz a reflexão de como as exigências formais e de apresentação de identificação pessoal, assim como um endereço domiciliar são entraves para que esse público acesse as políticas públicas e isso tudo ainda se soma à falta de articulação entre as mesmas.

Dado o exposto, notamos que estamos diante de um problema cíclico que traz esse público a não ter o devido acesso aos direitos básicos afetando o acesso a outros direitos básicos, e assim por diante. Uma situação leva a outra.

No capítulo anterior, quando discutimos sobre o SUS, discutimos também como se dá o acesso universal a essa política. Mas quando falamos da população em situação de rua temos alguns pontos específicos que devemos refletir e alguns pormenores que dificultam que esse público acesse essa política de forma igualitária e satisfatória.

Silva (2006) indica os principais fatores que estabelecem essa dificuldade, como descreve o seguinte excerto:

[...] Em relação à população em situação de rua, manifestam-se em confronto com as suas características e perfil. As chamadas “exigências formais” de acesso aos programas que dão corpo às políticas sociais, geralmente constituem-se limites de acesso aos mesmos pelas pessoas em situação de rua. Uma das “exigências formais” é a apresentação de documentos de identificação pessoal. Porém, são poucas as pessoas em situação de rua, que os têm. Outra “exigência formal” é o endereço domiciliar. Mas, a inexistência de moradia convencional regular e a utilização da rua como espaço de moradia e sustento é a característica central dessa população. A esses entraves “burocráticos” de acesso às políticas sociais pela população em situação de rua, somam-se: a falta de articulação entre as políticas sociais, as metodologias inadequadas dos programas, a falta de habilidade e capacitação dos servidores públicos para lidarem com esse segmento populacional, além do preconceito social que estigmatiza essas pessoas como “vagabundos”, “desordeiros”,

“preguiçosos” e “bandidos” e, por isso não são considerados merecedores do acesso aos direitos sociais. (SILVA, 2006. p.136)

Vale, nesse momento, indicar que essa obra é do ano de 2006, três anos antes da instituição da Política Nacional da População em Situação de Rua, mas ainda na atualidade o mesmo problema segue sendo enfrentado, apesar do grande avanço que se deu com a criação dessa política, há muito que ser construído e fortalecido.

Trazemos aqui também uma fala de uma pessoa em situação de rua, retirada do texto de Silva (2006) que mostra a realidade de muitos quando dão entrada no Pronto Atendimento:

(...), fui levar um colega no médico. Chegando lá, o médico disse: „aqui não é lugar pra morador de rua, morador de rua tem que ir pra pronto-socorro! Só o fato de você ser morador de rua, o cara já te olha diferente, mas na área de saúde é que somos discriminados. Inclusive até um amigo nosso faleceu e eu acho que foi por incompetência médica. Um morador de rua caiu e bateu a fronte, teve um traumatismo craniano, e aí foi para o hospital. Eu estava na praça quando aconteceu o acidente, quando ele caiu, e até fui eu que chamei o resgate... Porque a gente chama o SAMU e não vem, as ambulâncias do SAMU não vêm, sabendo que é morador de rua eles não vêm. Isso é discriminação! Aí veio o resgate, o bombeiro colocou até àquele colar cervical e levou ele para o pronto – socorro (...) ele teve alta, mas a mãe dele nos falou que estava colocando sangue pelo nariz, pela boca. Quando o paciente tem alta do leito, ele pára de receber a medicação, e aí ele faleceu (apud Brasil, 2006f. 65). (SILVA, 2006. p.136)

Notamos, a partir de falas como essa, que são ouvidas muito facilmente vindas desse público, que não é apenas a burocratização que impede o acesso dessa população aos serviços de saúde, o preconceito e a estigmatização são também grandes dificultadores. Assim como o sentimento de não pertencimento deles a esses espaços, seja por não se sentirem bem acolhidos ou pelo desconhecimento dos seus direitos. Assim a PSR chega muito pouco a esses serviços, por experiências anteriores receiam não serem bem atendidos.

(...) importante destacar que entre essa população são recorrentes os relatos de recusa em ir para unidades de saúde devido a episódios de mau atendimento em hospitais, de negação a atendimento e impedimento de entrada nas unidades de saúde. Um dado que confirma essas alegações foi trazido pela Pesquisa Nacional, citada anteriormente, que revela que 18,4% das pessoas em situação de rua já

passaram por experiências de impedimento de receber atendimento na rede de saúde. (BRASIL, 2014. p. 24)

De acordo com a cartilha “Conhecer para Lutar”, do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) (2010), o não atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o impedimento de acessar serviços e espaços públicos, estão entre as principais violações sofridas pela PSR.

Desta situação pode-se concluir que

"Os serviços públicos de saúde não estão adequados à realidade e às necessidades das pessoas em situação de rua. Não existem condições de acolhimento e as pessoas que vivem nas ruas não procuram tais serviços, por conhecerem as limitações de acesso e por sentirem-se discriminadas. (...) É necessário assim, o desenvolvimento de ações especiais na área do atendimento de saúde, abrangendo a capacitação dos profissionais de saúde, a alteração da atual cultura sobre a população em situação de rua e a mudança de regras e procedimentos adotados no funcionamento dos hospitais e centros de saúde" (apud Brasil, 2008a: 22). (BRASIL, 2009. p.125)

Mesmo que, junto com a PNPSR tenha sido criado o comitê técnico da saúde para a PSR, por meio da Portaria MS/GM nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009 e isso tenha trazido avanços, há um longo caminho a ser percorrido para que eles acessem de forma satisfatória como prevê a Constituição.

Mas não apenas o acesso, para esse público, é dificultado, a permanência no tratamento também sofre consequências, na pesquisa “Rua, aprendendo a contar – pesquisa nacional sobre a população em situação de rua”, BRASIL (2009) nos traz que:

A situação de rua favorece o aparecimento e/ou a piora de doenças previamente existentes, e a relação com os serviços de saúde agrava ainda mais essa condição. Além da dificuldade em acessar e utilizar os serviços de saúde, as pessoas em situação de rua não conseguem - por diversos motivos - seguir o tratamento indicado, seja de cuidados higiênicos seja de uso de medicamentos na dosagem e tempo prescritos. Acrescente-se também a experiência de discriminação e maus tratos nos serviços de saúde onde são considerados como portadores de "patologia social", diante da qual os profissionais de saúde sentem-se, ao mesmo tempo, impotentes e sem qualquer responsabilidade. Mais da metade das pessoas em situação de rua entrevistadas (55%) já sofreram discriminações sob a forma de

impedimento de entrar em estabelecimento comercial, shopping center, transporte coletivo, bancos, órgão público, de receber atendimento na rede de saúde ou de tirar documentos. Entre os entrevistados, 18% informaram já terem sido impedidos de receber atendimento na rede de saúde (18%) (BRASIL, 2009. p. 125)

No momento da prescrição do tratamento, a situação de rua é completamente ignorada pelo profissional de saúde, boa parte das vezes. Não há a possibilidade, por exemplo, de armazenamento dos medicamentos, do cumprimento dos horários que eles devem ser tomados e das atividades que são sugeridas – como curativos, compressas de água quente ou fria, etc. - uma vez que esse público não tem muitos meios de se localizar no tempo e nos horários. Ainda nesse sentido, a PSR não tem praticamente nenhum acesso a formas de se higienizar satisfatoriamente, o que agrava e traz muitas doenças, como contaminação por vírus e bactérias.

Ao falar de população em situação de rua e seu acesso ao sistema público de saúde, não podemos ignorar, na atual conjuntura, que passamos pela pandemia do Covid-19 e por uma crise sanitária global, onde um dos principais grupos atingidos foi essa parcela da população. Na série de entrevistas realizadas pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), há uma que aborda: “Corona vírus: e quem trabalha com a população em situação de rua?” que é com Ana Paula Cardoso da Silva, assistente social da Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (SMASDH/RJ) e do Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE), do Ministério da Saúde. A pandemia, de acordo com Ana Paula, atinge bruscamente essa parcela da população que não encontra meios efetivos de se isolar e manter os hábitos de higiene necessários para a prevenção da infecção quando a principal ordem é o “Fique em casa!”. Um público que é parte da classe trabalhadora, exige total atenção dos equipamentos do SUS e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) com os Centros de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) e Centros de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), mas que nesse momento se encontra quase que a mercê da própria sorte.

“Já vivíamos a falta de políticas públicas para a população em situação de rua, mas a pandemia só escancarou tudo isso. Como ficar em casa se não temos moradia? Como usar máscara se não temos onde lavar? Já vivemos socialmente isolados. Passamos fome, frio e ainda

enfrentamos a Covid-19. A pandemia desnudou as mazelas sociais existentes”, afirmou Vanilson (FIOCRUZ, 2021. n.p).

Vanilson expõe os principais obstáculos para se manter vivos durante uma pandemia que matou mais 667 mil brasileiros, com políticas e discursos que contrariaram a ciência e as orientações da Organização Mundial da Saúde, que flerta constantemente com o fascismo.

Soares et al. (2020) também discorrem sobre o papel do Governo Federal, ainda nesse sentido na morte de milhares de pessoas no Brasil. Destacando que os mais atingidos e exterminados durante a pandemia seguem sendo os pretos e pobres.

Diante do exposto, pode-se afirmar que a pandemia da covid-19 no Brasil desvelou ainda mais o projeto protofascista do governo Bolsonaro, que contribuiu de forma decisiva para a morte de milhares de brasileiros, sobretudo pretos e pobres. Ao não investir recursos suficientes e de forma racional, ao não articular a política em nível federal, ao apresentar um discurso negacionista e não alinhado com as recomendações da OMS e ao desestruturar tecnicamente o órgão gestor máximo da política de saúde. Enfim, ao contrário de articular e organizar o enfrentamento, a política de saúde do governo federal desarticulou e desorganizou as respostas necessárias e urgentes requeridas. (SOARES et al., p.123, 2020)

Tendo em vista que o perfil da população em situação de rua, de acordo com MNPR (2010), o perfil da PSR no Brasil é o seguinte:

IDADE - A maior parte tem entre 25 a 55 anos.

SEXO - Há mais homens, mas vem aumentando o número de mulheres.

COR DA PELE - Na Pesquisa Nacional, quase 70% são não brancos, ou seja, pardos, pretos, amarelos.

ESCOLARIDADE - A maioria tem o 1º grau incompleto.

PROCEDÊNCIA - A maioria é de outras cidades do mesmo Estado ou de outros Estados da mesma região.

TRABALHO – A maior parte das pessoas trabalha! 70,9% tem alguma atividade remunerada, na economia informal, principalmente na catação de material reciclável. Apenas 15,7% pede dinheiro para sobreviver, o que desmistifica que são “mendigos” e “pedintes”. (MNPR, 2010. p.9)

Onde mais de 70% da população em situação de rua é não branca e uma das principais características desse público é a extrema pobreza, podemos ter uma conclusão muito

clara a ser compreendida de qual foi o público mais vulnerável nessa política genocida, de ataque constante ao sistema de saúde pública e outras políticas sociais.

Em meio a todo esse caos e crise sanitária, temos esse público em situação de rua que é constantemente invisibilizado e nesse momento tende a não ter recursos que minimizem o risco de contágio. Vanilson Torres, coordenador do MNPR, reflete sobre a dificuldade imposta ao público no momento de garantir a imunização contra a Covid-19 e sugere que são necessárias estratégias que facilitem o acesso dessa parcela populacional.

“É inadmissível que diante de uma crise sanitária e financeira, onde mais pessoas estão indo para as ruas, há lugares que dificultem a vacinação, exigindo que a população apresente uma comprovação de que está nas ruas. É preciso pensar em estratégias para facilitar. Nós da população em situação de rua também somos do SUS! Uma população que não tem casa, não tem água, não tem segurança alimentar e nutricional e que não tem dados epidemiológicos, é preciso pelo menos garantir a vacinação” (FIOCRUZ, 2021. Np)

O coordenador do MNPR nos traz diversos pontos a serem pensados, trazidos por quem sabe exatamente o que é viver nas ruas e o que é lutar para que seus direitos sejam garantidos minimamente. Já foi negado a eles o direito de se cuidar para não contaminação, e agora lhes é negado o direito a imunização por questões puramente burocráticas. Como o acesso a documentação de identidade oficial e comprovante de endereço ou de situação de rua. É apontada também nessa fala a falta dos dados epidemiológicos no que se refere a esse público, uma vez que não há números concretos e oficiais de quantas pessoas em situação de rua morreram ou foram infectadas pela COVID-19.

De acordo com Honorato e Oliveira (2020), as principais ações planejadas, nos âmbitos municipais, para a população em situação de rua na prevenção e cuidado contra a COVID-19 foram:

Estratégias	Ações	Âmbito	Região
Prevenção	Angariar e distribuir produtos de limpeza e itens de alimentação em locais de aglomeração de PSR.	Municipal, estadual e voluntariado	Sudeste, Norte, Sul e Nordeste
	Ofertar refeições gratuitamente nos restaurantes populares estaduais.	Estadual	Nordeste
	Ofertar máscaras cirúrgicas para pessoas em situação de rua.	Municipal	Sudeste
	Realizar censo para verificar a extensão da PSR*.	Municipal	Sudeste
	Identificar e mapear a PSR com suspeita da COVID-19, bem como possíveis novos suspeitos.	Municipal	Sudeste
Intervenção	Desenvolver plano de contingência voltado para a PSR.	Municipal	Sudeste
	Encaminhar a PSR com suspeita da COVID-19 para unidades de saúde ou acionar o Samu, bem como monitorar tais encaminhamentos.	Municipal	Sudeste, Centro-oeste e Norte
Conscientização	Transportar a PSR em veículo próprio da equipe, atendidas às recomendações para evitar contágio.	Municipal	Sudeste
	Criar espaços de informação sobre a COVID-19 voltados para a PSR com profissionais de saúde.	Municipal	Sudeste
	Orientar sobre a doença, sobre higiene e prevenção e sobre pontos de acolhimento no município.	Municipal, voluntariado e estadual	Sudeste, Sul, Nordeste e Centro-oeste
Infraestrutura	Instalar pias em áreas de grande movimentação de pessoas.	Municipal	Sudeste
	Disponibilizar recursos para aluguel de hotel popular.	Estadual	Norte
	Atender à PSR de modo normal ou ampliado (acesso à moradia, à alimentação ou à higiene) por meio dos pontos de acolhimento já existentes na cidade.	Municipal, voluntariado e estadual	Sudeste, Norte e Nordeste
	Instalar abrigos temporários para aumentar o número de vagas disponíveis para o acolhimento na cidade.	Municipal e estadual	Sudeste, Nordeste, Norte e Sul
	Abrir ou adaptar espaços específicos voltados exclusivamente para a PSR incluída no grupo de risco, com suspeita da COVID-19 ou sintomas gripais.	Municipal	Sudeste e Sul
Trabalhadores	Adaptar pontos de acolhimentos e restaurantes populares de acordo com as recomendações da OMS e do Ministério da Saúde.	Municipal e estadual	Sudeste, Norte e Nordeste
	Orientar voluntários que tenham contato direto com a PSR.	Voluntariado	Sudeste
	Disponibilizar materiais de higiene e EPIs para equipe técnica em contato direto com os acolhidos.	Municipal	Sudeste

Fonte: Honorato e Oliveira (2020)

No entanto, apesar de apresentarem esses dados, os municípios não os colocaram totalmente em prática e tiveram como principal reclamação a falta de informações vindas do Governo Federal. A maioria desses planejamentos veio dos próprios profissionais, não por meio de orientação dos governos municipais ou estaduais. E o que foi disponibilizado, foi insuficiente.

Uma das entrevistadas relatou que o Ministério da Saúde chegou a disponibilizar um curso de prevenção não diretamente voltado para a PSR. Mas, com a demanda extraordinária de trabalho e o número de funcionário reduzido – tanto pela necessidade de rotatividade quanto por afastamentos de profissionais do grupo de risco –, seria impossível ter acesso a ele. (HONORATO, OLIVEIRA, 2020.p. 7)

Apesar de todas essas lacunas, a população em situação de rua tem um importante aliado no apoio à saúde e o cuidado nas ruas, as equipes de Consultório de Rua (eCR).

Um dos elementos que dificulta o acesso à atenção básica de saúde é a falta do endereço, uma vez que, apesar de algumas vezes essas pessoas terem um lugar que costumam ficar com mais frequência e de terem o direito de usar os endereços dos CREAS e Centro POP's como referência, o fato de não ter uma moradia fixa faz com que eles não tenham, por exemplo, uma Unidade Básica de Saúde que os atenda. Dessa forma, as eCR's, que teve suas diretrizes de organização e funcionamento definidas pela Portaria nº122 de janeiro de 2011, do Ministério da Saúde, têm por objetivo levar a Atenção Básica aos cenários de uso e espaços que a PSR mais costuma frequentar, como disposto a seguir:

Art. 2º As eCR são multiprofissionais e lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua.

§ 1º As atividades das eCR incluirão a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

§ 2º As eCR desempenharão suas atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário. (BRASIL, 2006)

As eCR's são formadas por profissionais da saúde com diferentes formações e variam de acordo com a complexidade das áreas atendidas e a quantidade de pessoas em situação de rua nos territórios, de acordo com o site oficial do Ministério da Saúde, essas equipes têm a seguinte formação:

Os Consultórios na Rua são formados por equipes multiprofissionais, podendo fazer parte delas as seguintes profissões:
A: enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional;
B: 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. (BRASIL, n.p)

E que podem se organizar nas seguintes modalidades:

Modalidade I: equipe formada minimamente por 4 (quatro) profissionais, entre os quais 2 (dois) destes obrigatoriamente deverão estar conforme a letra A (descrição acima) e os demais entre aqueles descritos nas letras A e B;

Modalidade II – equipe formada minimamente por 6 (seis) profissionais, entre os quais 3 (três) destes obrigatoriamente deverão estar conforme a letra A (descrição acima) e os demais entre aqueles descritos nas letras A e B;

Modalidade III – equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico. (BRASIL, 2021. n.p)

Essas equipes podem ter, de acordo com essa portaria, horário de atendimento que melhor se adequem ao público atendido. Sobre a quantidade mínima e máxima de ecr's e de pessoas atendidas por elas, a Portaria nº 1255 de 18 de Junho de 2021, do Ministério da Saúde dispõe que:

"Art. 13. O número máximo de eCR financiadas pelo Ministério da Saúde por município e Distrito Federal de que trata o art. 7º corresponderá ao resultado da divisão do número de pessoas em situação de rua do ente federativo pelo número quinhentos (população de rua/500), devendo ser observadas, ainda, as seguintes regras:

I - caso o resultado da divisão prevista no caput resulte em número fracionado, este deverá ser elevado ao primeiro número inteiro;

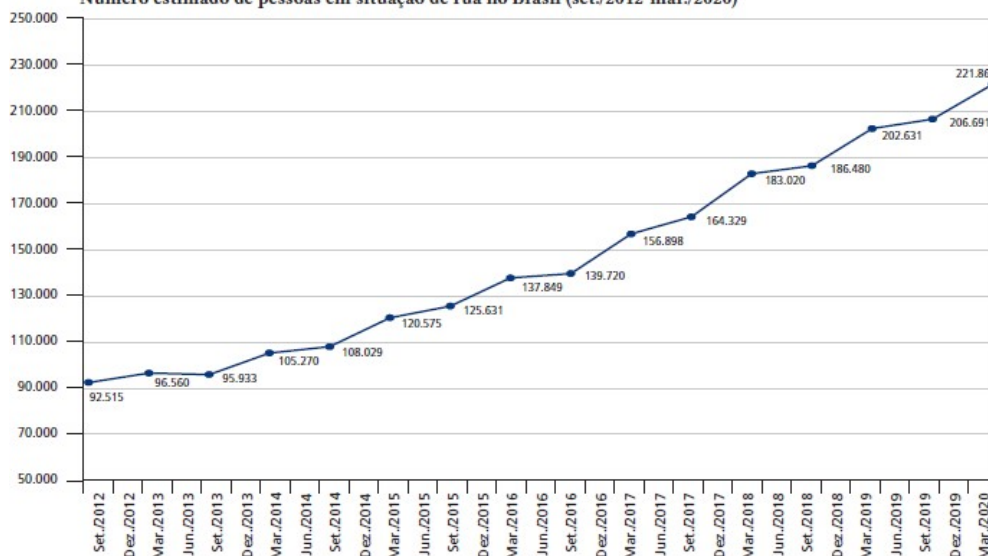
II - o limite mínimo de população em situação de rua para que a eCR seja financiada pelo Ministério da Saúde é de 80 pessoas em situação de rua no município ou Distrito Federal; e

III - os municípios ou Distrito Federal com população total estimada de mais de 100.000 (cem mil) habitantes terão, no mínimo, 1 eCR financiada pelo Ministério da Saúde. [...]" (BRASIL, 2021)

De acordo com informações obtidas no site oficial do Ministério da Saúde, em 2021 havia 158 eCR credenciadas e financiadas pela União e, de acordo com dados do Instituto de pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), estima-se que em março de 2020 o número de pessoas em situação de rua estimado é de 221.869 cidadãos, um número mais de duas vezes maior que em setembro de 2012, como explicitado gráfico que se segue:

GRÁFICO 2

Número estimado de pessoas em situação de rua no Brasil (set./2012-mar./2020)



Fontes: Censo Suas; Cadastro Único; RMA; Ipea (2015); IBGE (2015).

Fonte: IPEA

Dessa forma, com um cálculo simples, levando em consideração apenas os números apresentados têm o déficit de aproximadamente 285 eCR que deveriam estar atuando.

Essa projeção é para março de 2020, os primeiros meses da pandemia, o número atualmente é muito maior no cenário “pós” pandêmico, de uma crise financeira severa e um maior desmonte das políticas públicas pelo governo federal. Outro fator que também é apresentado pelo IPEA, que reforça esse maior número é o fato de que alguns municípios não declaram o número real de pessoas em situação de rua, ou isso não é informado no momento da inserção no Cadastro Único, no Registro Mensal de Atendimentos (RMA)¹ ou não há a contabilização dessas pessoas também pela falta de serviços especializados em alguns municípios.

Gameiro (2021) nos traz em artigo na Fiocruz, que naquele momento o número de pessoas em situação de rua, no Rio de Janeiro havia aumentado consideravelmente. E que muitas delas trazem que o desemprego e a falta de acesso à moradia são os principais motivos que os levaram a essa situação.

¹ Sistema que registra o número de atendimentos mensais nos equipamentos da Assistência Social.

Os dados apresentados pelo psicólogo sanitarista Marcelo Pedra confirmam. De acordo com a pesquisa realizada pela Prefeitura do Rio de Janeiro, 31% das pessoas estão na rua há menos de um ano, sendo 64% por perda de trabalho, moradia ou renda. Destes, 42,8% afirmaram que se tivesse um emprego sairia das ruas. Ele apresentou ainda dados de cadastro de serviços do SUS que mostram que houve um aumento de 35% das mulheres em situação de rua. (GAMEIRO, 2021.n.p)

Entendemos assim que a crise econômica e sanitária afetou diretamente essa condição e muitas pessoas, novamente foram empurradas para a vida nas ruas. Nos grandes centros e em cidades do interior, que esse fenômeno não era comum, a PSR cresceu visivelmente. E um sistema que já não era preparado para o público anterior e que sofreu grandes ataques para sua desestruturação, agora tem ainda menos condições de atender esse público que só cresceu.

Quando se trata do (não) acesso da população em situação de rua aos equipamentos da saúde, de todas as complexidades, notamos que há uma grande diferença do que deveria acontecer como descrito nas legislações, e do que realmente acontece na prática.

Notamos também que em uma sociedade mantida pela lógica capitalista, onde cada vez mais pessoas não se encaixam no mercado de trabalho formal, que exige e explora cada vez mais do trabalhador, e que passa por sua cíclica crise, várias pessoas são empurradas para viverem nas ruas para terem seus direitos básicos de sobrevivência negados e dificultados em seu acesso.

Dito isto, compreendemos que a sociedade capitalista não tem formas de lidar de maneira efetiva a favor da PSR, uma vez que o seu modo de produção é quem alimenta o aumento desse público, que permanece às margens. Que a universalidade do SUS parece não se aplicar a essa parcela populacional, que vê cada vez mais dificuldades de acessar a saúde pública e se manter viva. Esse público, geralmente é encaminhado apenas para os equipamentos da política nacional de assistência social, como será discutido no próximo tópico.

2.1. Assistencialização da pessoa em situação de rua.

Apesar da Política Nacional da População em Situação de Rua definir que é direito desse cidadão a integralidade de todas as políticas públicas, ainda é muito comum que ao falar dessa parcela da sociedade, seja associado primeiramente a política de Assistência Social, mesmo que essa associação seja feita em caráter assistencialista e higienista.

Silva (2006) aponta em seu texto que, naquele momento, as iniciativas de proteção social eram restritas a Assistência e ainda refletiam práticas conservadoras, como disposto a seguir.

Por que as políticas sociais são restritivas ao acesso da população em situação de rua? Por que não existe no país, em âmbito federal, nenhum programa consistente, direcionado a esse grupo populacional? Por que, somente em 2005, o governo federal cria um dispositivo legal, que responsabiliza o Estado pela criação de programas direcionados a essa população, no âmbito da Política Nacional de Assistência Social? E, por que as poucas iniciativas de proteção social existentes, restritas à política de assistência social, possui abrangência tão limitadas e reproduzem as práticas conservadoras de apartação social? (SILVA, 2006. p. 139)

Uma vez que a extrema pobreza e a falta de acesso à moradia digna sejam as principais características que definem essa população, a primeira associação feita é para a Política de Assistência, mesmo em casos claros de saúde. É também na Assistência Social que se encontram os equipamentos mais consolidados para o atendimento a esse público. Como os Centros POP, CREAS e o Serviço de Abordagem Social.

No entanto, quando apontamos aqui a assistencialização desse público, indicamos que isso se deve muito mais ao desejo de higienização do poder público e da sociedade em geral. Uma vez que se espera que os trabalhadores da assistência retirem a PSR das ruas. Do que, de fato o acesso a essa política como um direito a ser garantido.

Uma coisa que eu bato muito hoje, e acho que daqui para frente pode ser construído, é a questão intersetorial, que é pensar em criar alternativas de saída. Não é mais de saída das ruas. Essa etapa dura de convencimento da pessoa aceitar o albergue ou aceitar moradia, ou aceitar bolsa aluguel. Essa etapa está muito trabalhada (...) a gente persiste nas alternativas de saída pós albergue. Não é mais um

problema de assistência social única e exclusivamente à população de rua. Não é mais um problema único. A assistência social não tem como e não deve segurar essa bucha sozinha. Porque vai levar a culpa de todas as falhas ao mesmo tempo em que nós ficamos improdutivos e inutilizados, porque nós ficamos num espaço que precisa que outras secretarias assumam seus compromissos. Secretaria de habitação, secretaria do trabalho e da saúde, ministérios, tem que assumir esse compromisso. Hoje aqui em Brasília o morador de rua, cadê o ministro do Trabalho, cadê o ministro de Saúde? Cadê o ministro da habitação? Então são essas coisas, desculpe-me emocionar, é que eu tenho muitas marcas da rua e eu luto para vencer, mas isso é muito difícil (...) a polícia pode chegar batendo, as pessoas podem matar que não são punidas. Essas coisas precisam mudar. E é isso que a população de rua precisa. Ser tratada com seriedade, não como um problema, mas como cidadãos (BRASIL, 2006f: 22).

Espera-se que a assistência social retire essa pessoa da rua, mesmo que essa não seja a vontade dela. Outro estigma que percebemos é a crença que toda pessoa em situação de rua tem o claro desejo de sair dessa condição imediatamente, refletimos nela o nosso desejo pelo comum e não compreendemos quando há a identificação com o espaço que ocupa nas ruas, derivada de outras diversas situações anteriores, pela não aceitação das regras sociais impostas, pelo sentimento de não pertencimento em lugares fechados e etc. Valle et al. (2020) traz que a forma de funcionamento dos albergues tende a afastar e dificultar que a PSR tenha acesso a esses espaços, que geralmente são regidos por normas que não foram pensadas em conjunto ao público atendido, aqui trazemos novamente a importância da frase que baseia o MNPR “Nada sobre nós, sem nós” e que isso realmente possa ser posto em prática, para que leve em consideração a visão e as necessidades particulares para uma maior aderência.

A assistencialização associada ao caráter higienista, essa necessidade que a sociedade tem que a assistência social dê conta de retirar toda essa parcela populacional das ruas e as mantenha nos albergues, abrigos ou que retornem para a casa de possíveis familiares, é reflexo das concepções deturpadas da política, do profissional de serviço social e da própria pessoa em situação de rua. Dessa forma, como o entrevistado disse em trecho anterior, a assistência social acaba por levar essa “bucha sozinha”.

Essa forma de se pensar a PSR dentro das políticas públicas é novamente um reflexo do que Silva (2006) já nos trouxe. Os primeiros equipamentos para atendimento desse público, no Brasil, foram criados na assistência social e isso nos deixou essa herança e

crença de que apenas essa política dá conta de resolver as questões apresentadas por eles. Imagem também que pode ser fruto de todo um processo assistencialista que gira em torno desse público, dos trabalhos oferecidos de forma voluntária pelas pastorais de rua e pelos mutirões de distribuição de alimentação, cobertores e agasalhos. Que geram confusão sobre a política de assistência e o assistencialismo.

Nesse momento, importa ressaltar também qual é o trabalho e os serviços oferecidos, de fato, a esse público nos equipamentos da assistência social. De acordo com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, a Proteção Social Especial (PSE) de Média Complexidade, oferta o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua e o Serviço de Abordagem Social. Já na Alta Complexidade, oferta os serviços de acolhimento Institucional e em Repúblicas, essa última conta com a autogestão. No entanto, esse público pode e deve ser atendido pelos outros serviços dessa política, de acordo com a demanda apresentada por eles. O Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua oferta, em seu espaço físico: alimentação, locais para banho, lavagem de roupas, armazenamento de pertences, auxílio e isenção nas taxas de documentação e articulação no acesso a outras políticas públicas.

2.2. Para além da saúde mental da população em situação de rua.

Bretas et al. (2005) afirmam que quanto mais pobre uma sociedade, mais isso irá refletir sobre a saúde da população. Uma vez que o modo de vida reflete diretamente na saúde de cada sujeito. Dessa forma, a vivência nas ruas interfere diretamente nos problemas de saúde que esse público apresenta com mais frequência.

Quanto maior for a desigualdade social de um país, maior será a repercussão na qualidade de vida e, conseqüentemente de saúde, da sociedade de uma forma geral e do indivíduo e sua família em particular. O empobrecimento populacional brasileiro exerce influências significativas na qualidade de saúde dos indivíduos, uma vez que a saúde individual não se limita às suas dimensões biológica e psicológica; ao contrário, está diretamente relacionada com as condições de vida dos seres humanos e sofre influência das políticas sociais e econômicas adotadas pelos países. (ROSA et al. 2005, p.579)

Como já dito, há o estigma, que o uso abusivo de substâncias entorpecentes e álcool são os principais motivos para que esse público esteja nas ruas, mas a pesquisa do MDS (2009) aponta que esse uso se dá pela situação de rua, por questão de sobrevivência nesses espaços. Ou seja, é consequência e não causa.

A população em situação de rua costuma usar abusivamente o álcool e outras drogas, seja por comportamentos e hábitos anteriores ou pelos adquiridos em função da necessidade de não sentir o frio e de esquecer as realidades adversas (BRASIL, 2008a: 9).

Da mesma forma que acontece na Assistência, como já exposto anteriormente, a PSR quando já é acompanhada pelos CAPS e sente alguma coisa, referentes à saúde física preferem, em alguns casos, procurar primeiro esses serviços da Saúde Mental do que acessar diretamente os hospitais e postos de saúde, visando mais uma vez a inibição de um atendimento ruim ou não atendimento.

Algumas outras doenças se apresentam com mais frequência a essa parcela da população, que tem a vivência nas ruas como uma espécie de agravante, conforme o trecho seguinte:

Entre os problemas de saúde gerados pela vida nas ruas, encontramos problemas respiratórios como pneumonias e tuberculose, problemas dermatológicos diversos, lesões externas por atropelamentos, brigas e outras formas de violência, e a presença de HIV/AIDS. Todas constituem morbidades passíveis de serem adquiridas pela existência

Nas ruas que podem ou não se sobrepor a doenças pré-existentes, como hipertensão arterial, diabetes e outras muito comuns na população. (BRASIL, 2009. p. 112)

Outra crença sobre a população em situação de rua e suas questões de saúde é que ela sofra apenas de enfermidades relativas saúde mental, uma vez que tendemos a apontar como questão ou problema de saúde mental todos aqueles que não se encaixam no modelo de sociedade e vivência vigentes.

No entanto a pesquisa do Ministério de Desenvolvimento Social (2006) traz em números as principais doenças apontadas por esse público. Boa parte delas, agravadas ou causadas pelas condições de sobrevivência nas ruas. A seguir a tabela que apresenta esses dados:

Problemas de saúde referidos	n.	%
Cardíacos	116	13,6
Mentais	82	9,6
Problemas respiratórios	81	9,5
Dores em geral	69	8,1
Endócrinos	51	6,0
Neurológicos	48	5,7
Órgãos de sentido	46	5,4
AIDS	44	5,1
Alcoolismo e dependência química	38	4,4
Gástricos e intestinais	35	4,1
Traumatismos e próteses	34	4,0
Paralisias e deficiência física	24	2,8
Circulatórios	17	2,0
Reumatológicos	16	1,9
Hepáticos	13	1,5
Câncer	9	1,1
Resfriados	8	0,9
Anemia, cansaço, fraqueza	8	0,9
Dermatológicos	7	0,8
Renais e urinários	7	0,8
Alérgicos	5	0,5
Saúde bucal	4	0,4
Diversos	60	7,0
Não informado/Não especificado	23	2,7
Sinais e sintomas mal definidos	8	0,9
Total	855	100,0

Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social

Notamos aqui, as outras diversas enfermidades apresentadas por esse público, que podem ser agravadas pela condição de falta de moradia e de sobrevivência nas ruas. Bom exemplo são as doenças respiratórias, como tuberculose e pneumonias, que podem ser adquiridas pela vida nas ruas e, no caso da tuberculose, a transmissão ser muito

facilitada pela falta de acesso ou aceitação do tratamento e das condições de higiene disponíveis. Uma vez que essas pessoas estão constantemente expostas às mudanças e aos fenômenos climáticos.

Estarem expostos aos fenômenos climáticos, como chuva e frio, são questões debatidas quando falamos da saúde desse público e trazidas por eles nas intervenções profissionais e entrevistas. O frio e a chuva são as principais preocupações, uma vez que facilitam o aparecimento e o agravamento de doenças respiratórias, gripes e resfriados. Conforme traz um dos entrevistados de Valle et al.,

Na época do frio eu já passei frio. Estou passando agora, né? E quando chove? Como a gente se esconde da chuva? Se tá chovendo no frio, então,... a gente fica todo molhado e a roupa parece mais fria ainda! (E7). (VALLE et al, 2020, p.186) et al.

No entanto, uma questão que não é muito trazida nas pesquisas relacionadas à PSR e parece não ter muito material escrito sobre, são as mortes acarretadas pela hipotermia. Mortes essas que não tem uma contagem oficial estabelecida, mas que aparecem nos noticiários todos os anos durante as frentes frias, que atingem diretamente essa população. Tentam evita-las com criação de abrigos provisórios durante os períodos de temperatura mais baixa, aumento de campanhas de doação de cobertores e agasalhos, assim como ações voluntárias e de organizações não governamentais na distribuição de sopas e bebidas quentes. Mas sem ações mais efetivas, planejadas e duradouras por parte do poder público, esse tende a ser um problema recorrente.

Outro determinante para a boa saúde, de uma maneira geral, é o acesso à água própria para consumo. Valle et al. (2020) nos traz o relato de uma pessoa em situação de rua sobre a falta do acesso a água potável, que causa diversas doenças:

Conseguir água para beber é muito difícil. Eu que trabalho, ainda consigo comprar uma garrafinha aqui e ali, mas quem não consegue trabalhar tem muito mais dificuldade. Aí tem que beber água suja mesmo. Ou é isso ou é passar sede [...] A gente come o que tem, o que dão, o que dá para comprar. (E1). (VALLE et al., 2020b, p.185)

Isso reforça, novamente, as condições de higiene e vida disponíveis para essa parcela da população, que uma vez que não tenham acesso a serviços públicos ou pessoas de boa vontade que forneçam esse item básico de sobrevivência, que é o consumo de água, elas estão expostas as doenças causadas por isso.

Atrelada a falta de acesso a água potável para consumo e higiene pessoal, temos também a falta de acesso à alimentação, apesar de ser uma das propostas trazidas pela Política Nacional da População em Situação de Rua, a segurança alimentar não é uma realidade. Para conseguirem se alimentar, alguns deles recorrem à prática conhecida “manguear” que baseia em pedir dinheiro ou comida nas ruas para as pessoas que transitam por ali. Mesmo nas cidades que possuem Centro POP - que tem em suas atividades regulamentadas a oferta de alimentação, seja ela direta ou por meio de parceria -, albergues ou restaurantes populares. Há o questionamento, do público atendido, sobre o horário e o funcionamento dos mesmos, que não consideram algumas vezes o modo e a dinâmica de vida das pessoas que sobrevivem nas ruas e muitas vezes não tem uma forma de se nortear quanto ao tempo e aos dias da semana. Uma reclamação recorrente, de acordo com Valle et.al (2020) é também a falta de mobilidade para acessar esses serviços que ofertam alimentação, que de acordo com as normativas do Centro POP, por exemplo, devem estar em lugares de fácil acesso e que estejam próximos aos principais espaços que a PSR se agrupa, mas isso não é a realidade em todos os municípios. Dessa forma, estamos diante de mais um agravante para a saúde da PSR, levando em consideração a importância da alimentação e de uma alimentação equilibrada para a manutenção de uma vida saudável.

Na mesma esteira de condicionantes para uma boa saúde que não estão disponíveis para a PSR, temos a falta de acesso a condições básicas de higiene pessoal e ao saneamento básico. Partimos do principal quesito que associamos ao saneamento básico, o acesso a banheiros. É quase inexistente a presença de banheiros públicos ou químicos que essa parcela da população possa acessar, e esbarramos mais uma vez mesmo questionamento trazido no parágrafo anterior, os horários e dias de funcionamento dos equipamentos que são voltados ao atendimento dos mesmos, e assim são obrigados a acessar os banheiros dos comércios ou fazerem as necessidades no chão de lugares abertos.

Banheiro... é a coisa mais difícil aqui no município. Se eles pudessem, eles cortavam da gente entrar no banheiro até do supermercado... mas eles não sabem quem é morador de rua e quem não é... aí não tem jeito de cortar, né? Se você é morador de rua... às vezes dá vontade de você urinar, de você ir no banheiro... Olha a dificuldade: tem que ficar pedindo e a pessoa ainda negar. (E4). (VALLE et al., 2020 p. 186)

De acordo com Valle et al. (2020), acesso a banheiros envolve varias outras questões além da higiene, mas da própria dignidade humana.

Para Maslow alimentação, hidratação, respiração, sono, sexo e local apropriado para as funções fisiológicas encontram-se na base da classificação hierárquica das necessidades humanas. Promover o acesso ao banheiro é cuidar de uma necessidade básica, fisiológica de todo ser humano. Muitas vezes, por não ter banheiro disponível, a pessoa utiliza-se da rua. Além da degradação do espaço público, está a violação da privacidade e o sentimento de degradação da própria condição de ser humano. (Id)

Dessa forma, além da saúde, é afetada também a forma como essas pessoas se veem e reconhecem, assim como a maneira que a sociedade, no geral, as enxerga. Os (não) acessos da PSR afetam varias outras questões, como a própria maneira de se ver e se entender dentro da sociedade e que refletem, algumas vezes na relação com seus familiares e o fortalecimento ou o ato de recriar os vínculos fragilizados ou rompidos. Tornando um tudo uma questão cíclica de ações e reações.

Estar na rua exige a criação de formas de sobrevivência nesse espaço. A prostituição é o caminho seguido por algumas dessas pessoas em situação de rua, principalmente as mulheres como um meio para que consigam dinheiro e que traz mais um agravante para a saúde, que é a possível Infecção Sexualmente Transmissível (IST).

Destaca-se ainda que a prostituição se torna, em muitos casos, uma forma da mulher sobreviver nas ruas garantindo recurso financeiro, porém contribui para ampliar vulnerabilidades em relação à saúde e diversas formas de violência (Biscotto, Jesus, Silva, Oliveira, & Merighi 2016) (apud. VALLE, VECCHIA, 2020, p. 11).

Assim como o uso abusivo de álcool e outras drogas, que podem ser uma maneira minimizar os riscos de assédio nas ruas, seja por companheiros ou outras pessoas. Mais uma vez, visando à sobrevivência, essas pessoas, principalmente do gênero feminino, adotam estratégias que ameaçam a saúde e a integridade física.

Varanda e Adorno (2004) apontam que o uso problemático de álcool e outras drogas em busca de assumir comportamentos agressivos para afastar os homens é uma estratégia de resistência que adotam as mulheres em situação de rua. Luzia se mostrava bastante agressiva nas semanas anteriores à entrevista e com visível aumento no uso do álcool. A mudança foi perceptível no decorrer do acompanhamento do grupo, e na ausência do companheiro, Luzia afastava o risco de violência sexual pelos homens na rua através da agressividade: “Ô, a

barrigudinha está aqui, meu filho. Eu vou por. Ó [...] Calma, eu estou conversando com a menina aqui, calma. Eu não tenho medo de ninguém não, véi. Meu marido também é preso” (Id)

Bott et al. (2010) apontam também, a incidência da depressão de homens adultos em situação de rua, como o modo de vida afeta diretamente nessa condição de saúde. Reflexo de uma sociedade capitalista e patriarcal que delega ao homem o papel de provedor da casa, chefe de família.

Reconhecendo que a depressão também se relaciona com uma série de questões sociais, entre elas fraca inserção no mercado de trabalho, baixa escolaridade, baixa renda, falta de vínculo familiar, condição de moradia precária, realidade comum da população em situação de rua, pode-se, então, pensar a prevalência dos quadros depressivos na população masculina adulta em situação de Rua de Belo Horizonte como fruto de uma situação de vulnerabilidade social desse grupo social, isto é, a própria condição de vida da população de rua pode vulnerabilizar esse grupo social a maior prevalência de sintomas depressivos. (BOTT et al. 2010, p. 15)

Mediante o exposto, notamos que a PSR é acometida diversas enfermidades e que parte delas se dá exatamente pelo modo de vida nas ruas ou é agravado por ele. Ocupar espaços públicos não significa ser paciente apenas dos serviços de Saúde Mental, mas que merece atenção de toda a política de saúde. As mesmas situações que os colocam em risco são as que os afastam dos atendimentos na atenção básica.

Dessa forma, sendo a população em situação de rua uma expressão da Questão Social, sendo uma parte do excedente da força de trabalho, que não se insere no mercado formal e é empurrado a viver nas ruas, sem condições mínimas de sobrevivência. Esse deveria ser um público que necessita de uma atenção maior das políticas públicas, no entanto encontra serviços insuficientes que possam atendê-los, levando em conta suas particularidades de organização social, disposição territorial e as doenças a que estão predispostas. Como exposto anteriormente, o número de eCR' s que deveriam estar atuando é muito superior aos que realmente estão disponíveis. Isso reflete diretamente na saúde e do (não) acesso desse público a ela, os deixando expostos a mais uma série de complicações.

Importante reflexo disso é a invisibilidade desse público também durante a pandemia do COVID-19, quando não houveram ações suficientes voltadas à PSR. Quando esse

público não contava, em sua grande maioria, com espaços para se isolar, visando a não contaminação ou o cuidado, em caso de contraírem a doença. Alguns municípios adotaram, como medida de prevenção, a distribuição de pias públicas para que eles pudessem, de forma muito precária higienizar as mãos, mas não levaram em conta todos os outros facilitadores de contágio. Representação dessa invisibilidade, temos a pequena produção de materiais científicos que refletem sobre as eCR's, principal serviço que leva a saúde a PSR, durante a pandemia, que será abarcado no próximo capítulo.

3. O que se tem pensado sobre as eCR's durante a pandemia de COVID-19

As eCR's são, quando se trata da saúde da população em situação de rua, a principal ação voltada a esse público. Uma vez que foram criadas exclusivamente para o atendimento da PSR e pensadas de acordo com as especificidades desses sujeitos.

No entanto, é um assunto pouco debatido, como quase tudo que se refere a essa população. O objetivo da nossa pesquisa consistiu em aprofundar nosso conhecimento acerca das eCR's tendo como recorte temporal o período pandêmico pelo reconhecimento dos agravos sofridos pela população em situação de rua. Dessa forma, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o material produzido sobre “consultório de rua”, durante o tempo que passamos pela pandemia da COVID-19. Desta forma, em 27 de maio de 2022, limitamos a pesquisa a produções brasileiras, na base de dados do *Scielo* que abarcaram os anos de 2020 a maio de 2022.

No Brasil, apenas 11 publicações foram feitas e disponibilizadas nessa plataforma, todas com caráter qualitativo. Alguns desses textos foram escritos anteriormente a pandemia e só publicados durante esse período, o que pode afetar um pouco os temas a serem debatidos nelas. De acordo com essa base de dados, as duas áreas contempladas por esses estudos são as Ciências de Saúde, com dez obras relacionadas, e as Ciências Humanas com seis obras relacionadas. Dessa forma cinco delas se encaixando em ambas as áreas.

Importa destacar também o ano, dentro do recorte feito, que essas obras foram publicadas. Três delas no ano de 2020, cinco no ano de 2021 e outras três no ano de 2022.

Um importante dado sobre essas produções científicas é que, apesar de tratarem das eCR's, com um recorte do período pandêmico, nenhuma delas fala sobre a COVID-19 e dos impactos dessa doença sobre a PSR.

Notamos, dessa forma, que há ainda poucas produções que falem sobre o assunto, principalmente em meio a uma pandemia que exterminou uma grande parcela da população brasileira, mas que não se tem estatísticas que digam quantas dessas pessoas estava em situação de rua e nem quantos contaminados houve.

Importa ressaltar também que não há, nesse recorte, produções feitas pelos profissionais do Serviço Social, em sua maior parte são de outros trabalhadores da saúde, como médicos, estudantes de medicina, psicólogos e estudantes de psicologia. Mesmo fazendo parte das equipes mínimas de Consultório de Rua.

Alguns importantes debates são trazidos por esses trabalhos e reforçam dados já trazidos em outros momentos durante esse trabalho. Faço destaque aqui, pela importância pela analogia dessa pesquisa, Farah e Valle (2020) que indicam a dificuldade na hora dos tratamentos indicados pelos profissionais de saúde:

Eu estava era com suspeita de tuberculose. Falaram pra eu ir para a casa me tratar. Me deram a receita e eu peguei os medicamentos. Pra casa? Vê se pode? Eu falei com a doutora que meu caso até podia não ser grave, não ser tuberculose... mas se eu voltasse pra rua, iria agravar. Época de frio, né? Fora que como eu não tinha jeito de guardar os remédios, eu poderia até perder. Já perdi! E foi dito e feito! Eu piorei (E8). (FARAH, VALLE, 2020. p. 8)

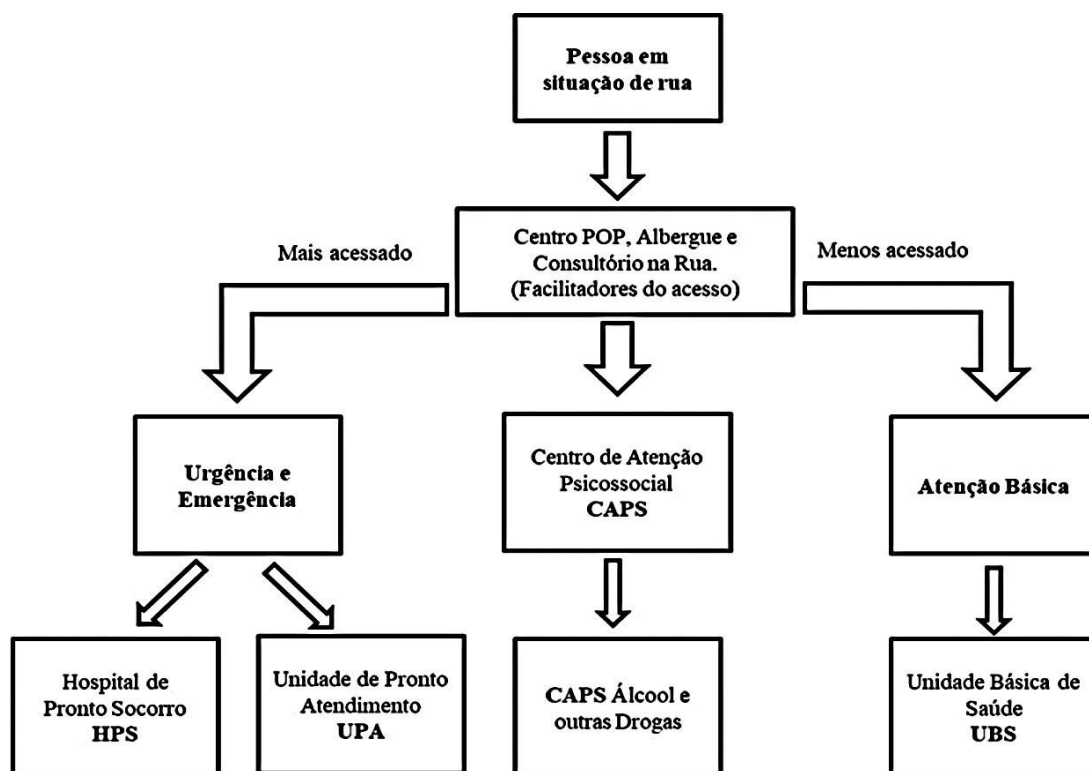
Ou a fala que trazem de outra pessoa em situação de rua sobre como os equipamentos da assistência social são facilitadores e, algumas vezes, o primeiro acesso da PSR a um espaço público quando o assunto é a sua saúde.

Quando eu tenho um problema de saúde... ou eu venho no albergue ou no POP. Eu já venho neles para não ter problema. É o que eu acabei de comentar... se você vai sozinho no hospital, dá sempre problema... sempre! E com eles levando... pode até atender frio, demorar, fazer alguma sacanagem... mas de qualquer jeito tem que atender, né? Tem que dar pelo menos a receita do remédio que você precisa. Agora... você sozinho... falam que você não tem nada... ou falam que não tem médico para te atender... aí você vai fazer o quê? Você fica esperando duas, três horas e perdeu o seu tempo! E a pessoa doente, sentindo alguma coisa, tem que ter atendimento, né? (E4). (id. p. 12)

Farah e Valle (2020) apresentam também como estar em situação de rua e não ter acesso a coisas básicas como alimentação e água potável afeta diretamente a saúde dessas pessoas

Outra coisa que também sempre dá é dor de cabeça, zumbido no ouvido, tonteira... Às vezes eu acho que vou desmaiar. Já me disseram que pode ser falta de água ou falta de comida. Nesse calor... O calor tá de matar. Não é fácil. Se a gente não come e não bebe água fica complicado... mas, também não tem como procurar o médico só por causa disso (E1). (ibid. p.10)

Na imagem, que representa o fluxograma, trazida por Farah e Valle (2020), no contexto da cidade de Juiz de Fora (MG) notamos que a porta de entrada para os equipamentos da Saúde tem como facilitadores os serviços da assistência social e as eCR, no entanto, levando em consideração que poucos municípios brasileiros contam com essas equipes itinerantes de saúde, notamos que esse primeiro acesso se dá pela assistência. E que, a maior parte desses encaminhamentos não é feita para a atenção básica de saúde, mas sim para as urgências e emergências e para os Centros de Atenção Psicossocial. Ou seja, esses encaminhamentos já são feitos em casos emergenciais ou, refletindo mais um estigma, aos equipamentos que atendem a casos de saúde mental e uso abusivo de substâncias psicoativas.



Fonte: Farah e Valle (2020)

Já Duarte et al. (2021) trazem um importante debate sobre a maternidade nas ruas, como é elaborada uma nova forma de cuidado e afeto para esses filhos e mães em situação de rua, mas também como o Estado retira essas crianças de forma autoritária, que é trazida

pelos autores como um sequestro, apenas por essa mãe não ter acesso a uma moradia digna.

Há também as discussões sobre as questões mais práticas, como a coordenação das eCR's, como trazem Almeida e Santos (2021), o cotidiano das equipes como trazem Nitschke et al. (2021) e sobre o território trazido por Macerata e Ramos (2020).

Três das obras disponibilizadas no *Scielo* são relatos de relatos de experiência, vividos por trabalhadores da saúde que são membros das eCR's ou estagiaram nesses campos. Esses relatos de experiência trazem uma ótica de medicina e da psicologia, essa última focando nos transtornos mentais da PSR.

No entanto, apesar da importância dessas discussões e das informações que todos esses autores trazem nesses últimos anos, o tema da COVID-19 não foi debatido. Quando o assunto é o equipamento responsável por levar a saúde até esse público, por meio de buscas ativas e atuação nos cenários de uso é no mínimo curioso que não se tenha tantas produções que falem sobre. É reforçado, dessa maneira mais uma vez a invisibilidade dada a PSR e como se torna difícil debater essa problemática quando não há dados sobre o fenômeno. Quando mesmo tratando de um serviço de saúde específico para o atendimento deles, não é considerado o risco e a exposição dessas pessoas a uma pandemia que matou mais 667 mil pessoas no nosso país, quando somos governados por uma política de morte.

Considerações Finais

Podemos considerar, finalmente, com esse debate que há muitas questões que permeiam a PSR no Brasil e seu (não) acesso à saúde pública. Desde o surgimento desse fenômeno, ou o momento em que são notados, até a atualidade.

Percebemos esse fenômeno como uma das expressões da Questão Social, como um fruto da sociedade capitalista que explora cada vez mais a classe trabalhadora em detrimento da riqueza da burguesia e dos donos dos meios de produção. Dessa forma, empurrada à vida nas ruas, essa parcela populacional compartilha a pobreza extrema e a invisibilidade por meio do restante da população e do Estado que pouco faz para que eles tenham condições mínimas de sobrevivência.

Notamos também a fragilidade desse público mediante a sua forma de sobrevivência nas ruas, como isso interfere diretamente nas enfermidades que eles mais apresentam, na forma que são tratados quando acessam os serviços da saúde e os estigmas que são associados a eles.

E, no reflexo dessa invisibilidade, percebemos a falta de materiais, em uma das principais bibliotecas digitais do Brasil, que debatem sobre o alcance que a pandemia da COVID-19 teve sobre a PSR. Pandemia essa que desencadeou uma das maiores crises econômicas e sanitárias da atualidade, que pode ter matado uma parte dessa parcela populacional e que aumentou em grande escala o número de pessoas nas ruas.

Nesse mesmo sentido, notamos que não há produções de Assistentes Sociais sobre o assunto, durante a pandemia, mesmo que esses profissionais estejam inseridos nas equipes mínimas dos consultórios de rua. Não há, nesse recorte temporal, estudos sobre a estrutura das eCR's, a PSR ou a própria atuação desses profissionais nesse serviço durante o período pandêmico e os impactos do mesmo na atuação.

Podemos concluir também que as eCR's, que já não eram suficientes antes da pandemia, encontram-se com o número ainda mais defasado, levando em conta o aumento de pessoas em situação de rua e das demandas por saúde nesse período. A PSR, dessa forma, continua a ter que acessar, quando estritamente necessário, outros equipamentos de saúde que não foram pensados para suas demandas específicas e dinâmica de vida.

Importa ressaltar que essa pesquisa se dá também durante a pandemia, onde passamos por períodos acadêmicos mais curtos, dessa forma impactando diretamente no desenvolvimento desse trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Rebeca de et al. **O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa.** Saúde em Debate, [S.L.], v. 46, n. 132, p. 227-239, mar. 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202213216>.

_____. Ministério da Cidadania - **Secretaria Especial do Desenvolvimento Social: registro mensal de atendimentos. Registro Mensal de Atendimentos – RMA.** 2015. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/gestao-do-suas/vigilancia-socioassistencial/registro-mensal-de-atendimentos-2013-rma>. Acesso em: 19 maio 2022.

CFESS - **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuação_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2009a). **Políticanacional para a inclusão da população em situação de rua.** Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011b.** Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 26 jan. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em 09 jun. de 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.255, de 18 de junho de 2021.** Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.255-de-18-de-junho-de-2021-326852389>. Acesso em: 19 maio 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.305 de 24 de dezembro de 2009b.** **Institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 25 dez. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305_24_12_2009.html>. Acesso em: 09 jun. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 940/GM/MS, 28 de abril de 2011a.** **Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão).** Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 29 abr. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 09 jun. 2022.

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

_____. Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População

em Situação de Rua – Centro Pop. 2011; 3:1-116.

_____. **Portaria do ministério da saúde nº122 de janeiro de 2011.**

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em 18 mai. 2022

_____. **Secretaria de Atenção Primária a Saúde: consultório de rua.** Consultório de Rua. Disponível em:

<https://aps.saude.gov.br/ape/consultoriorua/consultoriorua/composicao>. Acesso em: 19 maio 2022.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo et al. **A Estratégia Saúde da Família para a Equidade de Acesso Dirigida à População em Situação de Rua em Grandes Centros Urbanos.** Saúde Soc., São Paulo, v. 19, n. 3, p. 709-716, 02 fev. 2010.

CUNHA, Andrea Taborda Ribas da; SILVA, Jose Icaro; OLIVEIRA, Gislayne da Silva; SOUTO, Rafaela Dutra; SOUZA, Lázaro Fabrício de França; SOLANO, Lorrainy da Cruz. **População em Situação de Rua: o papel da educação médica ante a redução de iniquidades.** Revista Brasileira de Educação Médica, [S.L.], v. 44, n. 1, p. 1-6, ago. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200376>.

DUARTE, Luiz Gustavo; ARAUJO, Flávia Maria; BORTOLETTO, Maira Sayuri Sakay; MELCHIOR, Regina; GONZÁLEZ, Alberto Durán. **Da gestação à laqueadura: cartografia de uma mãe órfã vivenciada em um consultório na rua.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, [S.L.], v. 25, p. 1-14, jan. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/interface.200063>.

GAMEIRO, Nathalia. **População em situação de rua aumentou durante a pandemia.** 2021. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/populacao-em-situacao-de-rua-aumentou-durante-pandemia>. Acesso em: 26 maio 2022

IAMAMOTO, Marilda Villela **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional** - 3. ed. - São Paulo, Cortez, 2000.

LUZ, Cristina Xavier L. (n.d.). **Políticas para a população adulta em situação de rua: questões para debate** Irene Serafino Universidade do Porto (UP)

MACERATA, Iacã Machado; SADE, Christian; RAMOS, Júlia Florêncio Carvalho. **Território na pesquisa, território da pesquisa: protagonismo do território na pesquisa-intervenção participativa.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, [S.L.], v. 24, p. 1-14, ago. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/interface.190733>.

MARQUES, L. S., da Costa, J. H. M., Gomes, M. M., & da Silva, M. M. **Saberes, territórios e uso de drogas: modos de vida na rua e reinvenção do cuidado.** *Ciencia e Saúde Coletiva*, 27(1), 123–132. 2022

NARDES, Scarleth; GIONGO, Carmem Regina. **Mulheres em situação de rua:**

memórias, cotidiano e acesso às políticas públicas. Revista Estudos Feministas, [S.L.], v. 29, n. 1, p. 1-13, jan. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9584-2021v29n166011>.

NOBRE, Maria Teresa; MORENO, Nicole Silva; AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes; SOUZA, Emanuelly Cristina de. **NARRATIVAS DE MODOS DE VIDA NA RUA: histórias e percursos.** Psicologia & Sociedade, [S.L.], v. 30, p. 1-10, 8 out. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30175636>.

PEDROSA, Tacianna Bandim; CÁCERES-SERRANO, Pablo. **Centro Pop e Intersetorialidade: o problema da articulação com a rede de saúde mental.** Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 27, n. 1, p. 161-172, jan. 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232022271.19822021>.

PEREIRA, Letícia Passos; WETZEL, Christine; PAVANI, Fabiane Machado; OLSCHOWSKY, Agnes; MORAES, Bárbara Maix; KLEIN, Evelyn. **Entrevista narrativa com pessoas em situação de rua com transtornos mentais: relato de experiência.** Escola Anna Nery, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 1-9, jan. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0017>.

ROSA, Anderson da Silva et al. **O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO E A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.** Revista Latino-Am Enfermagem, [S.L.], v. 4, n. 13, p. 576-582, jun. 2005.

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, [S.L.], v. 45, n. 129, p. 327-339, jun. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202112906>.

SIGNORINI, Taise; FERRETTI, Fátima; SILVA, Maria Elisabeth Kleba da. **Práticas em Psicologia na Saúde Pública: aproximando cenários e contextos.** Psicologia: Ciência e Profissão, [S.L.], v. 41, n. 2, p. 1-13, jan. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003194293>

SILVA, Maria Lucia Lopes da. **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de Rua no Brasil 1995-2005** / Maria Lucia Lopes da Silva; Ivanete Salete Boschetti Ferreira. Brasília, 2006

SOARES, Raquel Cavalcante et al. **Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia de covid-19.** Serviço Social & Sociedade, São Paulo, p. 118-133, jan-abr 2020.

SOUSA, Elisabete D'oliveira Paula; CHAGAS, Magda de Souza. **O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Interprofissionalidade: experiências de uma acadêmica de medicina.** Revista Brasileira de Educação Médica, [S.L.], v. 46, n. 2, p. 1-4, mar. 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v46.2-20210427>.

VALE, Aléxa Rodrigues do; VECCHIA, Marcelo dalla. **SOBREVIVER NAS RUAS:**

percursos de resistência à negação do direito à saúde. Psicologia em Estudo, [S.L.], v. 25, p. 1-16, 7 jul. 2020. Universidade Estadual de Maringá. <http://dx.doi.org/10.4025/psicolestud.v25i0.45235>.

VALLE, Fabiana Aparecida Almeida Lawall et al. **As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua.** Saúde em Debate, [S.L.], v. 44, n. 124, p. 182-192, mar. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202012413>.

VALLE, Fabiana Aparecida Almeida Lawall; FARAH, 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, [S.L.], v. 30, n. 2, p. 1-21, jun. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312020300226>.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca *et al.* **Quotidiano de equipes de consultório na rua: tecendo redes para a promoção da saúde.** Escola Anna Nery, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 1-9, jan. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0222>.

ANEXOS

1. Tabela de revisão bibliográfica

TÍTULO	ANO DE PUBLICAÇÃO	REVISTA	AUTOR
O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa	2022	Saúde e Debate	Rebeca de Andrade, Alane Andréa Souza Costa, Elyana Teixeira Sousa e Pablo Cardozo. Rocon
Saberes, territórios e uso de drogas: modos de vida na rua e reinvenção do cuidado.	2021	Ciência & Saúde Coletiva	Lorena Silva Marques, José Hermógenes Moura da Costa, Marla Marcelino Gomes, Martha Malaquias da Silva
A saúde de quem está em situação de rua: (in)visibilidades no acesso ao Sistema Único de Saúde.	2020	<i>Physis</i> : Revista de Saúde Coletiva	Fabiana Aparecida Almeida Lawall Valle e Beatriz Francisco Farah
População em Situação de Rua: o Papel da Educação Médica ante a Redução de Iniquidades	2020	Revista Brasileira de Educação Médica	Andrea Taborda Ribas da Cunha, Jose Icaro Silva, Gislayne da Silva Oliveira, Rafaella Dutra Souto, Lázaro Fabrício de França Souza e Lorrainy da Cruz Solano.
Território na pesquisa, território da pesquisa: protagonismo do território na pesquisa-intervenção participativa.	2020	Interface: Comunicação, Saúde, Educação.	Iacã Machado Macerata, Christian Sade e Júlia Florêncio Carvalho Ramos
Práticas em Psicologia na Saúde Pública: Aproximando Cenários e Contextos	2021	Psicologia: Ciência e Profissão	Taise Signorini e Fátima Ferretti
Entrevista narrativa com pessoas em situação de rua com transtornos mentais: relato de experiência	2021	Escola Anna Nery	Letícia Passos Pereira, Christine Wetze, Fabiane Machado Pavani,

			Agnes Olschowsky, Bárbara Maix Moraes e Evelyn Klein
Da gestação à laqueadura: cartografia de uma mãe órfã vivenciada em um Consultório na Rua	2021	Interface: Comunicação, Saúde, Educação.	Luiz Gustavo Duarte, Flávia Maria Araujo, Maira Sayuri Sakay Bortoletto, Regina Melchior e Alberto Durán González
Quotidiano de equipes de consultório na rua: tecendo redes para a promoção da saúde	2021	Escola Anna Nery	Selma Maria da Fonseca Viegas, Rosane Gonçalves Nitschke, Lucas Andreolli Bernardo, Adriana Dutra Tholl, Maria Aurora Rodriguez Borrego, Pablo Jesús López Soto e Daniela Priscila Oliveira do Vale Tafner
Coordenação do cuidado no Consultório na Rua no município do Rio de Janeiro: romper barreiras e construir redes	2021	SAÚDE DEBATE	Amanda Rodrigues dos Santos e Patty Fidelis de Almeida
O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Interprofissionalidade: experiências de uma acadêmica de Medicina	2022	Revista Brasileira de Educação Médica	Elisabete D'Almeida Paula Sousa e Magda de Souza Chagas