

O SILÊNCIO QUE GRITA NO CENTRO: UM OLHAR SOBRE VIVÊNCIAS JUNTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

THE SILENCE WHICH SCREAMS IN THE CENTER: A LOOK AT LIVING WITH THE POPULATION IN THE STREET SITUATION

Anderson Gomes C. Pereira¹; Isadora Dias Gomes²; Leidy Dayane Paiva de Abreu³; Fernanda Roberta Ferreira Basílio⁴; Renan Matos Magalhães⁵; Francisco Jadson Franco Moreira⁶; Fabíola Monteiro de Castro⁷; Maria Lourdes dos Santos⁸; Francivânia Brito de Matos⁹; Juliana Vieira Sampaio¹⁰

RESUMO

Objetivou-se descrever vivências de cuidado em saúde junto à População em Situação de Rua da cidade de Fortaleza/CE, pautadas na escuta qualificada. Relato de experiência realizada em 2015, com a População em Situação de Rua que se encontra em áreas distintas do centro da cidade. Percebeu-se que não há uma devida atenção à saúde para esse público. Pensando o centro da cidade como um ambiente de expressão, local de encontro, reflexão, auxílio e possível lazer para essa camada da população, foi desenvolvida uma atividade de cuidado que permitiu a ressignificação de experiências e promoção da saúde, gerando melhor qualidade de vida. Na vivência foram realizados acolhimento, rodas de conversa e escuta qualificada, além de diálogos sobre o direito à saúde e autocuidado. Dessa forma, identificamos na vivência alguns aspectos da exclusão social e do processo de saúde-doença dessa população.

PALAVRAS-CHAVE: *Vulnerabilidade Social; Pessoas em Situação de Rua; Saúde.*

ABSTRACT

The objective of this study was to describe the experiences of health professionals and academics together with the Population in Street Situation on self-care and health rights in the city of Fortaleza / CE. Experience report in 2015, with the Population in a Street Situation that is located in distinct areas of downtown. It was noticed that there is not a due attention for this public. Thinking of this space as an environment of expression, a place of meeting, reflection, help and possible leisure for this layer of the population, allowing it possibilities of re-signification, experiences and health promotion, generating a better quality of life. In the experience was realized host, wheel of conversations and qualified listening. It was discussed in the collective about the right to health and self-care. Thus, the present report presents some aspects of social exclusion and the health-disease process of this population.

KEYWORDS: *Vulnerability Social; People in the Street; Cheers.*

¹ Psicólogo. Pesquisador da Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP/CE;

² Psicóloga. Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará;

³ Enfermeira. Doutoranda em Cuidados Clínicos em enfermagem e Saúde da Universidade Estadual Ceará – UECE;

⁴ Psicóloga. UniFanor|Wyden;

⁵ Psicólogo. UniFanor|Wyden;

⁶ Biólogo. Doutorando em Educação - Universidade Estadual Ceará – (PPGE/UECE)

⁷ Fisioterapeuta. Doutora em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará - UFC. Docente Unifanor Wyden;

⁸ Socióloga. Doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará – UFC;

⁹ Enfermeira. Especialista, Gerente de Projetos da Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP-CE.

¹⁰ Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Pernambuco - UFPE.

INTRODUÇÃO

A presença de pessoas em situação de rua nas metrópoles é um fenômeno antigo que ganha contornos e explicações diferenciadas, de acordo com os contextos históricos e sociais. Na atualidade, esse fenômeno se tornou um problema complexo, que se faz presente em todo o mundo e está articulado com as constantes transformações políticas, sociais e econômicas.

A População em Situação de Rua (PSR) no Brasil é formada por um grupo heterogêneo de pessoas que geralmente se concentra nas grandes cidades e suas regiões metropolitanas. Esses sujeitos têm na rua sua principal fonte de sustento e possuem em comum a pobreza, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular. Essa população faz dos logradouros públicos e das áreas degradadas espaço de moradia e sustento, podendo utilizar-se de unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.¹

A realidade da população em situação de rua das grandes metrópoles brasileiras há muito vem desafiando as práticas e as políticas de saúde e atenção social. O aparecimento desse contingente populacional é fruto de inúmeros fatores, com realce para a desigual distribuição de bens sociais, a discriminação, a intolerância, o desrespeito às diferenças, a ausência de oportunidades, o uso abusivo de substâncias psicoativas, dentre outros, porém, constituintes da compreensão globalizada e do processo econômico vigente.² A cidade de Fortaleza, assim como as demais capitais do nosso país, não foge a essa regra.

Com relação às pessoas em situação de rua, estima-se que havia mais de 100.000 (cem mil) pessoas vivendo nas ruas do Brasil em 2015, número que tem aumentado nos últimos anos. Apesar de representar um elevado número de pessoas, este público esteve durante muito tempo à margem da agenda dos governos, os quais promoveram poucas iniciativas destinadas a essa parcela da população. As ações consistiam em caráter caritativo, muitas vezes realizado por entidades de cunho religiosos subvencionados ou em iniciativas que visavam seu controle e repressão.³

A cada mês, o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) de Fortaleza-CE recebe cerca de 50 novos cadastros de atendimento. O número de novos atendimentos ainda é subnotificado, já que cerca de metade das pessoas não aceitam atendimento. O único número que se tem vem do censo realizado pela Secretaria Municipal dos Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SDHDS) em 2014 e 2015. Conforme o relatório, Fortaleza tem 1.718 pessoas em situação de rua, estando concentrados em maior número no Centro e Beira Mar.⁴

O Centro POP deve representar um espaço de referência para o convívio grupal, social e o desenvolvimento de relações de solidariedade, afetividade e respeito para PSR. Na atenção ofertada no Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua deve-se proporcionar vivências para o alcance da autonomia, estimulando, além disso, a organização, a mobilização e a participação social.⁵

Em 2017 foram cadastrados no Cento POP, 247 homens e mulheres morando na Praça do Ferreira. Diante da superlotação de pessoas no local, novos pontos de moradia têm se estabelecido. Além disso, questões como não aceitação de animais domésticos ou divisão por gênero também fazem com que muitas pessoas não busquem os abrigos da Prefeitura. O maior impacto dos novos cadastros atualmente é de pessoas expulsas das comunidades em virtude do tráfico de drogas e brigas de facções. Além da questão do desemprego a extrema pobreza, logo, os grandes centros são os mais afetados.⁴

As explicações sobre a existência de pessoas em situação de rua relacionam-se a fatores estruturais (ausência de moradia, inexistência de trabalho e renda, mudanças econômicas e institucionais de forte impacto social, etc.), além de fatores biográficos, ligados à história de vida de cada indivíduo (rompimentos dos vínculos familiares, doenças mentais, consumo frequente de álcool e outras drogas, infortúnios pessoais – mortes de todos os componentes da família, roubos de todos os bens, fuga do país de origem, etc). Em alguns casos, essas situações podem até mesmo estar relacionadas a fatores da natureza ou desastres de massas - terremotos, inundações, etc.²

A temática da população em situação de rua ganhou fôlego no campo das políticas públicas, desde o ano de 2008, com a Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua, realizada pelo Ministério de Desenvolvimento Social, a qual traçou um perfil desse grupo no Brasil. Além disso, a pesquisa contribuiu para a elaboração da Política Nacional para a População de Rua, instituída em 2009, através do decreto de nº 7053 da Presidência da República, constituindo-se desta forma como um marco regulatório importante para efetivação dos direitos das pessoas que vivem em situação de rua no Brasil.⁶

Para tanto, é necessário que haja práticas de promoção de saúde em diversos locais, entre eles o ambiente urbano em si, para que seja gerado um espaço de diálogos entre os saberes relacionados à saúde, propiciando dessa maneira uma atenção diferenciada.⁷

E, por ser assim, criar uma atenção para que se possa exercer um diálogo com cuidados de saúde, uma discussão que proporcione uma aproximação e vínculo com essa população para um amplo cuidado posterior deste autogerir, por meio de orientações básicas que no cotidiano parecem esquecidas.⁸

Diante do exposto, percebeu-se que é possível proporcionar visibilidade a esses cidadãos, por meio de um trabalho voltado para a escuta qualificada e acolhimento, associado à informação devida sobre o uso de equipamentos e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Esses sistemas oferecem serviços de saúde e assistência social voltados para o bem-estar do sujeito que passa diariamente por essa rotina de marginalização social. Para tanto, surge a necessidade de abertura de espaços de diálogo para essa população, sobretudo, na tentativa

de gerar ambientes acolhedores, de reflexão e problematização, favorecendo as diferentes formas de se trabalhar saúde.⁹

Assim, buscou-se esclarecer dúvidas sobre a temática de saúde concernentes aos seus cuidados básicos, de acordo com o “Manual sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua”, inicialmente discorrendo sobre o conceito de saúde para melhor compreensão do que se pretende traçar.¹⁰

Logo, a experiência realizada objetivou descrever vivências de cuidado em saúde junto à População em Situação de Rua da cidade de Fortaleza/CE, pautadas na escuta qualificada, nas quais foram realizados acolhimento e grupos de conversas e apoio no ambiente urbano.

MÉTODOS

Relato de experiência realizado no semestre de 2015.1. A vivência foi facilitada por acadêmicos de Psicologia do curso de Psicologia da Faculdade do Nordeste (FANOR), na disciplina de Intervenções Psicossociais e outros profissionais de saúde, com a proposta de duas intervenções psicossociais junto às PSR local, por meio de escuta qualificada e diálogos sobre o autocuidado e o direito à saúde. Os acadêmicos e profissionais de saúde experienciaram diferentes ambientes para sua imersão, tendo como proposta fazer uma atuação que promovesse, a partir da realidade, qualidade de vida para os participantes.

O cenário da experiência foi o centro da cidade de Fortaleza-CE, com a população mencionada, que se encontra em diferentes pontos de pernoite, como as ruas, praças e marquises de edifícios no centro da cidade. Cabe lembrar que antes das atividades de intervenção desenvolvidas foram feitas leituras baseadas nas propostas do Ministério da Saúde para esse público específico, além de visitas observacionais aos locais onde pretendíamos realizar a ação.

Durante o planejamento, implementação e análise das estratégias interventivas que realizamos junto às PSR, utilizamos como referencial teórico não só os textos elaborados pelo Ministério da Saúde (1, 6, 7, 10), assim como estudos da Sociologia, Psicologia Social.

Escolhemos como estratégia de intervenção o uso do acolhimento, rodas de conversas e escuta qualificada para entender a rotina e realidade dos participantes, oferecendo, já neste processo, uma criação de espaços de diálogo e reconhecimento.⁶

Após as observações iniciais, foi decidido que as intervenções seriam realizadas na Praça do Ferreira, localizada no centro de Fortaleza, pois o espaço agrega um número bastante expressivo de pessoas em situação de rua. As atividades foram realizadas nos horários de maior movimentação do público que estivesse interessado. Na vivência foi utilizado diário de campo para registro e sistematização da escuta qualificada.

RESULTADOS

A vivência adentrou no cotidiano da população em situação de rua, permeada por histórias de vidas, violações de direitos e resistências face às condições aviltantes a que são submetidos nos espaços urbanos da cidade. A experiência envolveu sete pessoas em situação de rua. Pautou-se esses momentos na escuta qualificada, com foco nas experimentações de vida dos interlocutores, na qual foi dialogado junto a eles as suas principais demandas, suas angústias para uma possível intervenção educativa. Buscamos proporcionar um espaço de fala para uma população socialmente silenciada e invisibilidade, fazendo com que seus gritos fossem ouvidos.

Prevaleceu a atenção às palavras dessa população e a busca pela forma de enfrentamento da realidade, quando os membros do grupo se geriam, se questionavam, buscavam dentro de suas relações as respostas para a forma como eles realizavam o processo de busca por locais que suprissem suas necessidades, não apenas de subsistência, como também relacionais.

O uso da escuta propiciou um empoderamento e autonomia de fala desses indivíduos. Por meio da roda de conversa, os participantes mencionaram alguns problemas de saúde que mais os acometem, como a tuberculose, tabagismo, alcoolismo, uso de drogas ilícitas, hanseníase, sífilis, Infecções Sexualmente Transmissíveis IST/HIV/AIDS.

Os discursos remetiam às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, tanto na Atenção Primária à Saúde como nos serviços hospitalares por conta da falta de documentos ou preconceito, sobre a forma como eles trabalhavam saúde corporal na rua, como lidavam com o preconceito social e a com a violência.

Outros problemas foram apresentados pelos participantes como a falta de uma moradia, desemprego, rompimentos dos vínculos, mortes dos familiares, acarretando outros problemas de saúde como doenças mentais, consumo frequente de álcool e outras drogas, levando à situação de rua. Mencionaram também a morte de alguns colegas, seja pela violência sofrida nas ruas ou suicídio.

Foram vistas as dificuldades que esse grupo vivência para o acesso às políticas sociais e seus serviços, em especial os da área da saúde. Então, foi trabalhado o contato com os cuidados básicos em saúde, que muitas vezes são desconhecidos pela população, de acordo com o Manual sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua.

A partir do acúmulo dessas experiências, atuou-se na promoção de saúde ao informá-los dos locais onde poderiam buscar abrigo, com um diálogo sobre os direitos à saúde, assistência social e autocuidado, com discussões sobre promoção da saúde, prevenção, reabilitação e apoio a diferentes demandas, explicando a atuação de cada órgão envolvido, como era o acesso e quais serviços eram oferecidos. Mais uma vez atentando para que a voz desses sujeitos não fosse silenciada e permitindo que eles relatassem se já haviam tido experiências dentro desses serviços públicos e como tinha ocorrido essas vivências.

Os facilitadores também informaram sobre a existência dos Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centro Pop), localizados no Centro e Benfica, e o Centro de Convivência para Pessoas em Situação de Rua, localizado no Centro. Assim como duas unidades institucionais de tempo integral para atender esse público.

De acordo com a Secretaria Municipal dos Direitos Humanos e Desenvolvimento Social, essas unidades têm atendimento 24 horas, e os usuários têm acesso a quatro refeições durante o dia, além de oferecer higiene e limpeza. Outro abrigo, a Casa de Passagem (Centro), tem o perfil de acolhimento em tempo mais curto. Cada unidade de acolhimento conta com 50 vagas, número máximo estabelecido pela Política Nacional que rege o atendimento à população de rua. Também no Centro, a Pousada Social oferta 80 vagas para pernoite. A capital possui ainda sete Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

A população mencionou que não conhecia todas instituições de acolhimento e atendimento. Citaram ainda a dificuldade de atendimento à saúde, pois preferem não ir aos equipamentos de saúde por sofrerem constrangimento pelos profissionais, por serem tachados de doentes, famintos e sujos. No momento do acolhimento dialogaram que não querem só saúde e comida, querem saúde, comida diversão e arte.

Percebeu-se que essa realidade é vivenciada de maneira geral pela PSR, trazendo uma sensação desagradável de silenciamento e esquecimento social que influencia na formação de diálogos, no esclarecimento sobre cidadania e no acesso às informações precisas sobre os seus direitos, que são capazes de levar essa parcela da população a usufruir do que lhe é garantido por lei.

Na vivência mencionaram que estão acostumados com a indiferença e o julgamento da maior parte da população, em que o preconceito gera a imagem fixa ao olhar para alguém que está no chão da praça ou perambulando pela rua, mal vestido, de que são pessoas viciadas em drogas, sem estudo, e que cometem crimes. Quando existe a aproximação, fica nítido que este preconceito não condiz com a realidade.

A solidão e o isolamento são sentimentos extremamente presentes no cotidiano dessa população. Para alguns, esse isolamento e silêncio são estratégias para evitar abordagens policiais e conflitos nas ruas. É também uma resposta ao distanciamento familiar e ao rompimento dos laços comunitários, ao sentimento de vergonha ou para não ser identificado como pessoa em situação de rua.

Assim, observou-se que o processo de escuta é uma forma de ressignificação das experiências daqueles que participam da intervenção, seja a população envolvida, seja os profissionais e estudantes da saúde. Mas, não é só, é preciso reforçar as políticas públicas e os espaços de cuidado existentes, permitindo-lhes a possibilidade de ressignificação de experiências e de promoção de saúde para que seja desenvolvido um ambiente de bem-estar, com possibilidade de gerar uma melhor qualidade de

vida para PSR. Por meio da criação de ambientes de expressão, de encontro contínuo, sustentável, reflexivo e possível proporcionar lazer para essas pessoas.

DISCUSSÃO

A exclusão social é algo marcante na sociedade brasileira, acontece em todas as esferas sociais, de diferentes formas, sob a lógica da exclusão social, subjetiva, física e mental. Para que a exclusão ocorra deve haver também um processo de inclusão, o que culmina em uma dicotomia imposta pela sociedade, a qual precisa gerar um processo de exclusão para poder, por meio de uma ordem social desigual, favorecer a uma minoria e gerar uma inclusão.⁷

A sociedade realiza diferentes níveis de exclusão, sendo eles uma imposição ou choque de diferentes realidades em vários cenários de vida. A preocupação se torna perceptível quando essa exclusão vai para além do encarar pessoas em situação de rua como um problema social, mas indo para uma indiferença social.¹²

Essa visão de exclusão afeta setores de atenção social junto a esse público marginalizado. De acordo com dados do Ministério da Saúde, as primeiras políticas em saúde tendo esse público como alvo ocorreram nas décadas de 1970 e 1980, com uma forte influência da religião, sendo essa uma grande responsável pela estruturação de movimentos populares e de atividades com pessoas em situação de rua na época⁹.

O desemprego é um dos principais motivos que levam indivíduos e/ou famílias a terem as ruas como espaço de moradia e sustento. No entanto, esse fenômeno social possui multideterminações, que tem como pano de fundo a estrutura econômica e social do capitalismo brasileiro.¹³

As principais violações identificadas foram o desemprego, fome, calor, frio, violência física e moral, preconceito, indiferença e inúmeras barreiras no acesso às políticas públicas. O acesso à saúde desse público não se dá apenas pela atenção primária, mas também pelos serviços de amparo social. Esse trabalho em rede qualifica a promoção de saúde com pessoas em situação de rua como uma necessidade intersetorial, demandando um esforço coletivo dos órgãos envolvidos.¹⁴

Observa-se que a produção do cuidado em saúde destinada à população em situação de rua é quase inexistente, não apenas por se tratar de uma política pública recente, mas também pela sua escassez na literatura científica, configurando uma lacuna de conhecimento sobre esta problemática. Essa população continua sendo silenciada, mesmo quando são propostas atividades de intervenção em saúde junto a esses sujeitos, reproduzindo, assim uma lógica de exclusão.¹⁵

Embora a PNPSR tenha como objetivo assegurar cuidados de saúde, os serviços assistenciais e de albergamento não dispõem de estrutura e recursos humanos para o atendimento à saúde e não apresentam relações bem estruturadas com a rede de atenção básica. Nesse contexto, um dos desafios para a gestão municipal é implantar uma política de intersetorialidade que contemple estratégias entre

as Secretarias de Assistência, Saúde, Habitação, e Trabalho e Renda, por exemplo. A ausência dessa Rede de Atenção à Saúde dificulta o cumprimento da equidade no atendimento da população em situação de rua nas unidades básicas de saúde, que geralmente conseguem atenção em serviços de urgência/emergência.¹⁴

Ainda que haja a PNPSR e outras políticas setoriais e intersetoriais, elas nem sempre garantem um cuidado integral pois o imaginário social sobre a população em situação de rua influencia significativamente a prática dos profissionais que atuam nos serviços de saúde. Assim, o princípio de integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e outras diretrizes da Política Nacional de Humanização¹⁶ deixam de ser cumpridos quando, por exemplo, a Unidade Básica de Saúde não consegue internar pessoas em condição de rua em hospitais públicos pelo fato de as equipes hospitalares considerarem que a alta é complicada por eles não possuírem endereço fixo e rede de apoio para recuperação.

Características estigmatizantes como a sujeira, o mau cheiro e o efeito e uso de drogas lícitas e ilícitas são, muitas vezes, determinantes para a precariedade no acolhimento às pessoas em situação de rua nos serviços de saúde. O processo de exclusão dessa população é reforçado institucionalmente por meio da burocracia para o agendamento das consultas e da inflexibilização dos horários de atendimento nos mais variados setores, assim como da exigência de documento de identidade, comprovante de endereço e do Cartão SUS¹⁴.

A condição de invisibilidade é reforçada, ainda, pela falta de documentação necessária para acessar serviços e benefícios sociais que o Estado garante. A “indocumentação”,¹⁷ um problema muito comum entre os indivíduos que estão em situação de rua, impede, por exemplo, o cadastro em unidades de atenção básica ou a retirada de remédios de uso controlado, já que é preciso apresentar documento de identidade e comprovante de endereço para a confecção do Cartão SUS, embora o Artigo 19 da Portaria nº 94028, que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde, dispense a comprovação de endereço domiciliar da população em situação de rua.¹⁴

Logo, o que se tem observado na realidade dos serviços de saúde é que as Redes de Atenção à Saúde não vêm funcionando, pois não levam em consideração o modelo multicausal para inspirar o planejamento das ações de promoção da saúde nos variados níveis de atenção, sem ser de forma isolada. Há, também, um reforço do modelo biomédico, medicalizador da sociedade. Essa forma de pensar e produzir serviços de saúde não tem conseguido resolver os problemas relativos ao processo saúde-doença da maioria da população brasileira, em especial, da PSR.⁹

Percebe-se que poucos estudos abordam a questão da saúde das pessoas em situação de rua, sobretudo na perspectiva de compreender como os indivíduos concebem o processo saúde-doença e enfrentam os problemas de saúde. A experiência relatada busca justamente se contrapor ao modelo hegemônico de cuidado, pois está focada na escuta das PSR, sem um viés moralizante ou

medicalizante. Abordar os significados de saúde para as pessoas em situação de rua é, também, possibilitar um espaço de vocalização para essas suas questões, já que, no contexto no qual vivem, esses sujeitos tendem a permanecer em uma posição de silêncio e invisibilidade, destituídos da condição de cidadãos.¹⁵

Ao mesmo tempo em que as ações do poder público deixam visível a violência estrutural sobre a população em situação de rua, também conferem “invisibilidades” ao negarem o pertencimento deste grupo social na sociedade, sugerindo que são “incômodos” e que devem ser invisibilizados e silenciados em seus direitos e reivindicações.¹⁸

Além do poder público investir pouco em ações de inclusão e de reconhecimento da população em situação de rua, também falha em propor políticas públicas que promovam, efetivamente, a equidade desses sujeitos no acesso às oportunidades.¹⁹

Assim, usamos a escuta como instrumento político, reconhecendo e valorizando a autonomia e a diversidade de saberes e narrativas dos sujeitos nas ações em saúde. Contribuímos, assim, para uma verdadeira interação no encontro entre trabalhadores da saúde e pessoas em situação de rua, ao invés de focar apenas na intervenção terapêutica para a melhora clínica.²⁰

Ao se buscar estratégias de visibilização das possibilidades de cuidado emancipador para esse grupo, percebem-se situações adversas impostas pela vida na rua e as suas necessidades coletivas e individuais. A capacidade de colocar-se diante do “morador de rua” requer, assim, o rompimento com o “saber-poder colonizador” da lógica biomédica, que acaba por reduzir ou anular as singularidades e subjetividades dos indivíduos.¹⁹

As necessidades em saúde podem estar voltadas simplesmente para o bem-estar físico, mas se a compreendemos de forma integral visibilizamos tantas outras necessidades, como de amizade, atividade cultural, amor, ética, o descanso superior ao necessário para a reprodução da força de trabalho e a realização de si.¹¹

Verificou-se que escutar, neste cenário, significa “acolher toda a queixa ou relato do usuário, mesmo quando possa parecer não interessar para o diagnóstico e ao tratamento”².

Ao realizar uma intervenção sobre os direitos e autocuidado dessa população percebeu-se que é necessário, para as PSR, algo para além do reconhecimento, mas uma autonomia frente à esfera social, com a necessidade de problematização ativa desta realidade para que paradigmas sejam quebrados e novos pensamentos possam emergir de forma ativa no processo de bem-estar biopsicossocial que almeje um enfrentamento dessa segregação.¹⁵

O desafio que segue, portanto, é criar possibilidades para que esse grupo social rompa com o silenciamento e a invisibilidade e participe do projeto nação brasileira¹⁶. Sendo assim, é importante que os profissionais de saúde acolham as pessoas em situação de rua como sujeitos de direitos e como indivíduos portadores de uma trajetória de vida singular. Conhecer os territórios, as dinâmicas de

vidas e as suas práticas de transgressão é parte de um processo de abertura para o “outro” e o caminho para a desconstrução do olhar estigmatizante e colonizador.

Destacamos também os limites da vivência relatada, pois, além de ser importante que sejam desenvolvidas outras estratégias de intervenção pautadas na escuta da PSR, é necessário que sejam propostas atividades de forma contínua e de longo prazo de forma intersetorial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi apresentado, sabe-se que ainda há um longo percurso a ser percorrido, tanto nas práticas de atenção em saúde quanto na própria mudança da visão social da PSR. Há assim uma necessidade de aprofundamento da temática trabalhada.

Alguns pontos podem ser destacados, como a necessidade de autonomia desses sujeitos que de alguma maneira se encontram à mercê das políticas públicas, não favorecendo um processo de construção de vínculos ou de justiça social, pois, querendo ou não, essas políticas seguem o curso do Estado e este, por sua vez, não oferece margens para a emancipação dos sujeitos.

Em linhas gerais, a experiência mostrou que o desafio de garantir o direito à cidadania pressupõe um amplo debate e ações construídas coletivamente, visando organização política da PSR na luta pelo acesso ao trabalho digno, à moradia, à convivência familiar e comunitária, ao respeito ao modo de vida e ao acesso às políticas sociais que permitam superar as violações de direitos, ampliar as condições para o usufruto dos serviços urbanos, o direito à permanência nos espaços das cidades e ao reconhecimento como cidadãos.

A trajetória da experiência mostrou inúmeros desafios para militantes, profissionais e pesquisadores desta temática, além da importância de se aprofundar cada vez mais da realidade de homens e mulheres que tenham as ruas como espaço de moradia e/ou sustento na cidade de Fortaleza.

Nesse sentido, o debate crítico, ético e propositivo deve permear as reflexões, no sentido de romper com as violações dos direitos desse contingente humano. Por fim, o referido texto se constitua um elo entre a produção do conhecimento e a práxis social emancipatória na perspectiva de contribuir com o processo de reflexão e de organização dessa parcela populacional na luta pelo direito à cidade e cidadania.

Por fim, o presente estudo ressalta a importância da implementação de políticas de saúde e assistência social que atendam às necessidades dessa população, sobretudo, para que possa recuperar a dignidade e esperança perdidas e proporcionar a escuta e visibilidade da PSR.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Diálogos sobre a população em situação de rua no Brasil e na Europa: experiências do Distrito Federal, Paris e Londres. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasília: SDH, 2013.
2. Rosa LGS et. al. Influência de políticas públicas e sociais na vida das pessoas em situação de rua e consequências no processo de realização. Revista de Saúde Pública do Paraná. v. 18, n. 1, p. 174-183, Londrina, Julho, 2017.

3. Natalino MAC. Estimativa da População em situação de rua no Brasil. Instituto de Pesquisa Aplicada – IPEA. Brasília. 2016.
4. GLOBO. Alunos criam mapa colaborativo para mostrar onde vivem pessoas em situação de rua em Fortaleza. 2018. Citado em 13 de março de 2019. G1 CE. Disponível em: <https://g1.globo.com/ce/ceara/noticia/alunos-criam-mapa-colaborativo-para-mostrar-onde-vivem-pessoas-em-situacao-de-rua-em-fortaleza.ghtml>.
5. BRASIL. Secretaria Nacional de Renda e Cidadania e Secretaria Nacional de Assistência Social Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome –MDS. Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua. Volume 3 –Brasília –DF -Gráfica e Editora Brasil Ltda. 2011
6. Sposati A. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva concepções fundantes. In: Concepção e Gestão da Proteção Social não contributiva no Brasil. Brasília: MDS/UNESCO,2009.
7. Ministério da Saúde. Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua. Brasília/DF. 2009.
8. 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.
9. Camargo-Borges C, Japur M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. *Texto & Contexto*. 2008; 17(1): 64-71.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
11. Sawaia B. As Artimanhas da Exclusão: Análise Psicossocial e Ética Da Desigualdade Social. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
12. Prates JC, Prates FC, Machado S. Populações em situação de rua: os processos de exclusão e inclusão precária vivenciados por esse segmento. *Temporalis*, Brasília (DF), ano 11, n.22, p.191-215, jul./dez. 2011.
13. Tiengo VM. O Fenômeno População em Situação de Rua Enquanto Fruto do Capitalismo. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), v. 17, n. 1, p. 138 - 150, jan./jul. 2018.
14. Hallais JAS; Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(7):1497-1504, jul, 2015.
15. Jorge JS, Corradi-Webster CM. Consultório de rua: contribuições e desafios de uma prática em construção. *Saúde & Transformação Social* 2012; 3:39-48.
16. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
17. Barros NF. O ensino das ciências sociais em saúde: entre o aplicado e o teórico. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014; 19:1053-63.
18. Siegel P, Barros NF. Análise sociológica das políticas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17:1375-6.
19. Jardim DF, López LC, organizadores. Políticas da diversidade – (in)visibilidades, pluralidade e cidadania em uma perspectiva antropológica. Porto Alegre: Editora UFRGS; 2013.