



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
AGÊNCIA DE INOVAÇÃO, EMPREENDEDORISMO, PESQUISA, PÓS-
GRADUAÇÃO E INTERNACIONALIZAÇÃO - AGEUFMA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - MESTRADO

RAMON DAMIÃO DE SENA SANTOS

**A PERCEPÇÃO DO VIVIDO DE PSICÓLOGOS QUE ATUAM NO
CONSULTÓRIO NA RUA EM SÃO LUÍS - MA**

São Luís

2024

RAMON DAMIÃO DE SENA SANTOS

**A PERCEPÇÃO DO VIVIDO DE PSICÓLOGOS QUE ATUAM NO
CONSULTÓRIO NA RUA EM SÃO LUÍS - MA**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão (PPGPSI), como pré-requisito para a obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia

Linha de Pesquisa: Avaliação e Clínica Psicológica

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Dayse Marinho Martins

São Luís

2024

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

de Sena Santos, Ramon Damião.

A PERCEPÇÃO DO VIVIDO DE PSICÓLOGOS QUE ATUAM NO
CONSULTÓRIO NA RUA EM SÃO LUÍS - MA / Ramon Damião de
Sena Santos. - 2024.

106 f.

Orientador(a): Dayse Marinho Martins.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Psicologia/cch, Universidade Federal do Maranhão, São Luís
MA, 2024.

1. Situação de Rua. 2. Psicologia. 3. Consultório Na
Rua. 4. Fenomenologia. I. Marinho Martins, Dayse. II.
Título.

**A PERCEPÇÃO DO VIVIDO DE PSICÓLOGOS QUE ATUAM NO
CONSULTÓRIO NA RUA EM SÃO LUÍS - MA**

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Psicologia
(PPGPSI), da Universidade Federal do
Maranhão (UFMA) para obtenção do
título de Mestre em Psicologia

Dissertação defendida e aprovada em 02/07/2024.

Pela Comissão Examinadora, constituída pelos seguintes professores:

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Dayse Marinho Martins (ORIENTADORA)

Doutora em Políticas Públicas e Doutora em História
Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI)
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Prof. Dr. Ezequias Rodrigues Pestana - EXTERNO

Doutor em Biotecnologia
Universidade Ceuma (Uniceuma)

Prof. Dr. Carlos Wellington Soares Martins - PPGPSI/UFMA

Doutor em Políticas Públicas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI)
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Prof. Dr. Carlos Santos Leal - SUPLENTE

Doutor em Educação, Arte e História da Cultura
Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI)
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

AGRADECIMENTOS

Agradecer após uma jornada que se finda, tendo esta sido tão cheia de suporte afetivo, financeiro, teórico, amoroso, cuidadoso, não há como deixar de agradecer, e espero verdadeiramente não esquecer ninguém.

O primeiro agradecimento é para Deus, guia de minha vida, esperança nos momentos difíceis. Mesmo que em alguns momentos eu pareça ter uma relação apontada como de descrença, na verdade diz-se sobre uma relação íntima e particular, que apesar de em alguns momentos ser partilhado em instituições religiosas, nem sempre essa relação se dá neste campo, mas por isso não é menos importante.

O segundo agradecimento vai aos meus pais, figuras que se transformam em minha vida de diversas formas, com diversos sentimentos, alguns difíceis de se encarar de frente, porém jamais deixaria de reconhecer que quando possível foi e nos anos em suas presenças, os esforços e dedicações para que o que eu precisasse materialmente e financeiramente para alcançar meus objetivos e em especial nos estudos se fez presente. Minha mãe, professora no estado do Amapá jamais me fez desistir ou deixar de ocupar um espaço tão importante no crescimento de alguém. Meu pai, um taxista que, apesar da não dedicação aos estudos durante a vida, fez o que era possível no suporte e cuidado com minha manutenção na escola, na faculdade, e no que foi possível me dar forças no mestrado. Sem seus esforços, isso jamais seria possível.

O terceiro agradecimento vai para meu amado amigo, namorado, companheiro, esposo ou, como na intimidade da relação o chamo, *principito*. A partilha diária da vida de casado nos dá intimidade suficiente para reconhecer o outro em sua totalidade ou grande parte dessa totalidade. Perceber quando as coisas não estão bem, perceber quando algo se faz necessário, suporte, carinho, afeto, uma forcinha nas horas desafiadoras, esperança. Nos momentos mais desafiadores desses 10 anos juntos, Ari foi peça fundamental para que eu pudesse chegar aonde eu cheguei, inclusive, entrar no mestrado vem de sua estimulação. Quando eu pensei em desistir, ele me deu a mão, quando o ar faltava e situações sufocavam, ele vinha com o apoio necessário para que as coisas se aliviassem. Quando conquistas foram dadas, ele vibrou comigo. Amor tem disso, lutar por si e pelo outro, com o outro, para o outro, para nós. Sem o seu apoio, isso jamais seria possível, meu amor sempre será acompanhado de minha gratidão por você. <3

Agradeço a minha vó/madrinha Terezinha de Jesus e minha tia/mãe Noemia, por me criarem quando na distância dos meus pais. Não me deixaram faltar cuidado e carinho, afeto e amor. Minha vó, que também é minha madrinha, que por ter nascido no dia de São Cosme e Damião insistiu para que o meu segundo nome fosse o nome de um dos santos, tal qual todos os seus filhos (Heliana das Graças, Êmina de Fátima, Ernane José e Noemia Maria). Vovó é mais uma daquelas que jamais mediu esforços para que eu pudesse ter aquilo que ela poderia e em algumas situações não poderia me oferecer. Em alguns momentos em que a tristeza, angústia e saudade apertaram, era ela na minha infância que me acolhia e me cuidava, da forma dela, no que era possível. Minha vó estudou até a 3ª série, mas eu admirava a facilidade com os cálculos e sua letra impecável, meu calcanhar de Aquiles até hoje. É bom chegar até aqui e ainda tê-la viva para testemunhar essa conquista. Agradeço aos meus familiares mais próximos pela partilha ao longo desses anos desde que nasci, se fazendo presente, suportivos quando necessário.

Aos meus amigos, do Amapá ao restante do Brasil, por todos os momentos em que foi possível estar junto presencialmente e virtualmente se fez fundamental para chegar até aqui. Aos meus grandes amigos do mestrado Sofia Ravinny, Gabriel Cutrim, Talyta Queiroz, Bruna Myrla, Marcos Reinaldo. Por terem me acolhido em suas casas e em suas vidas. Aqui vai um agradecimento especial para Sofia Ravinny, que me deu espaço em sua casa e em sua vida e que eu jamais deixarei de ser grato pelo encontro de alma que tive com ela. O agradecimento especial outro vai para Gabriel Cutrim, aquele que desde quando eu vi no mestrado, eu quis ser amigo, pelas semelhanças teóricas, pela inteligência notória, mas principalmente pela sensibilidade sempre presente em sua fala e ato.

Minha querida amada, amiga e parceira de todos os momentos, Lorena Schalken, que me fez jamais deixar de acreditar que seria possível. A minha amiga de Macapá, Aline. A Ana Carolina, pelas trocas e oportunidades.

À FAPEMA pelo financiamento.

A minha orientadora Dayse Marinho Martins, pela paciência, cuidado e dedicação. Inspiração para mim, desde antes desse ingresso, quando ainda buscava um orientador e acompanhava seu lattes. Minha gratidão.

*Dedico este trabalho ao Mardônio,
vítima de tudo que se evidencia aqui*

*A psicoterapia eficiente é
inevitavelmente um risco social*
Perls, Hefferline e Goodman

RESUMO

Este trabalho teve como interesse de pesquisa a aproximação da realidade vivida pelos profissionais de psicologia do Consultório na Rua de São Luís – Maranhão. Por se tratar de uma realidade plural, crescente e que necessita de cuidados em saúde que os aproximem dos serviços de saúde de forma humanizada, dedicou-se a percorrer desde a temática, desde sua condição de situacionalidade, mutável e não cristalizada, até os dados apresentados da realidade de São Luís a partir dos registros de atendimento no e-sus e da entrevista realizada com uma profissional da psicologia. Se trata de uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo em que foi utilizado o método fenomenológico empírico de Amedeo Giorgi para análise dos dados. Conclui-se que os desafios apesar de semelhante aos poucos dados de pesquisas apresentados em revisões de literatura, tem particularidades que se fazem nessa realidade, acompanhando ao longo dos anos as diversas formas de cuidar, mesmo durante a pandemia, onde se faz-se desafiadora a realidade de todo o mundo, e com o contexto do consultório na rua não foi diferente. No que diz ao relato da participante da pesquisa, a aprendizagem, abertura constante para o novo e o acolhimento do que emerge neste contexto, bem como dos esforços para que o trabalho seja amplamente conhecido pelos serviços de saúde e consequentemente se diminua as diversas negligências e violências sofridas pelas pessoas em unidades de saúde se evidencia neste campo. Do mais, os resultados abrem caminho para a construção de novos campos de pesquisas, dada as limitações de estudos desta realidade vivida.

Palavras-chave: Situação de rua; psicologia; consultório na rua; fenomenologia.

ABSTRACT

This research aimed to explore the lived experience of psychology professionals working at the Consultório na Rua (Street Clinic) in São Luís, Maranhão, Brazil. Given the plural and growing nature of this reality, which calls for humanized healthcare closer to the needs of the population, this study delves into the topic from its situational, mutable, and non-crystallized condition to the data presented on the reality of São Luís based on the service records in the e-SUS system and an interview with a psychology professional. This qualitative descriptive study employed Amedeo Giorgi's empirical phenomenological method for data analysis. The findings indicate that while the challenges faced by street psychologists mirror those identified in previous literature reviews, there are unique aspects to this particular context. These challenges have been observed over the years in various forms of care, even during the pandemic, which posed unprecedented challenges worldwide, including for street clinic operations. The participant's account highlights the importance of learning, constant openness to the new, and embracing the emerging aspects of this context, as well as the efforts to ensure that the work is widely recognized by health services, ultimately reducing the various forms of neglect and violence experienced by individuals in healthcare units. Additionally, the results pave the way for further research in this area, given the limitations of existing studies on this lived reality.

Keywords: Street situation; psychology; street clinic; phenomenology.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CnaR	Consultório na Rua
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
FNS	Fundação Nacional de Saúde
IAPS	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
NHS	National Health Service
NOB SUS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agendes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPSR	Política Nacional para População em Situação de Rua
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PSR	População em situação de rua
PUC	Pontifício Universidade Católica
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SESP	Serviço de Saúde Pública
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TED Talks	Technology, Entertainment and Design Talks
UNIFAP	Universidade Federal do Amapá
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
COVID-19	Corona Virus Disease 19

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Espera para rota.....	56
Figura 2 - Início da rota	57
Figura 3 - Materiais, insumos e recursos	58
Figura 4 - Busca pelo usuário	59
Figura 5 - - Local de abrigo.....	60
Figura 6 - Busca na Integração Cohab/Cohatrac.....	61
Figura 7 - Cracolândia do Mercado Municipal da Cohab	63
Figura 8 - Cracolândia do Mercado Municipal da Cohab II	63
Figura 9 - Atendimento Mercado Municipal I	65
Figura 10 - Atendimento Mercado Municipal II.....	65
Figura 11 - Atendimento Mercado Municipal III.....	66
Figura 12 - Atendimento Mercado Municipal III.....	66
Figura 13 - Pessoalidades Públicas	68

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Cadastros ativos por equipes.....	69
Gráfico 2 – Gênero e situação de rua em São Luís	70
Gráfico 3 – Identificação raça - cor	71
Gráfico 4 – Identificação de raça por equipe.....	71
Gráfico 5 – Faixa etária assistida pelas equipes	72
Gráfico 6 – Escolaridade.....	72
Gráfico 7 – Tempo em situação de rua	73
Gráfico 8 – Ocupação	74
Gráfico 9 – Vinculação e benefício.....	74

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 SITUAÇÃO DE RUA E AS PESSOAS: tecendo texto e contexto para vivências plurais.....	20
2.1 Situação de Rua como Campo Co-criado	20
2.2 Garantias, fragilidades e violações.....	30
2.3 Apontamentos teóricos norteadores	38
3 O CONSULTÓRIO NA RUA E A INSERÇÃO DO PSICÓLOGO EM CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE	41
3.1 Um breve histórico da Atenção Primária em Saúde e a Constituição da Política Nacional de Atenção Básica.....	41
3.2 Consultório na Rua: da política à assistência.....	52
3.2.1 Caminhos partilhados - Macapá - São Luís.....	55
3.2.2 Dados do Consultório na Rua de São Luís – MA.....	68
4 METODOLOGIA	75
4.1 Procedimento de Coleta e Análise dos Dados	76
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	78
5.1 Violências, preconceito e higienização e o acesso aos serviços de saúde: o direito a cidade	78
5.2 Atuação profissional da psicóloga em contexto do consultório na rua de São Luís: a percepção do vivido	82
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
REFERÊNCIAS	90
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	97
APÊNDICE B – QUESTÕES NORTEADORAS	100
ANEXO A – PARECER DA PLATAFORMA BRASIL	102
ANEXO B – ACEITE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO LUÍS	104

1 INTRODUÇÃO

A situação de rua não é uma realidade contemporânea, porém ao longo dos anos vem tomando espaço em discussões políticas e sociais, tendo em vista a pluralidade de fatores que contribuem para esse fenômeno, bem como dos reflexos de uma sociedade repleta de desigualdades, inabilidade no manejo do seu povo e desassistência deles. Conhecer essa realidade é necessário, mas não de forma generalista, pois esse fenômeno e as causas que levam a população a viver em situação de rua são diversas.

Meu interesse em questionar e conhecer essa temática na academia surge desde o período em que fui residente em Saúde Coletiva na área de Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), onde em um de meus rodízios fui psicólogo residente na equipe de Consultório na Rua de Macapá (AP). Vivenciar, nesse espaço, uma realidade tão diferente daquilo que é abordado nos cursos de graduação em Psicologia, *workshops* de formação e programas de pós-graduação *lato* e *stricto sensu* - nos quais, em sua maioria, pouco se discute sobre essa temática - despertou meu interesse em conhecer essa realidade de forma mais próxima, a partir dos atores que vivem nesses espaços.

Inicialmente, meu interesse foi conhecer sobre “*a percepção das mulheres usuárias de substância psicoativas em situação de rua sobre sua realidade vivida*”, onde foi possível perceber o incômodo de tutores e professores da academia e de colegas pessoais pela suposta complexidade e risco que esta pesquisa ocasionaria, fossem eles de inexecuibilidade ou mesmo de risco pessoal frente ao público pesquisado, intimamente arraigada pela imagem que se têm de que esse público se faz perigoso e da suposta necessidade de distanciamento.

A intencionalidade das falas e precauções das pessoas que me circundavam naquele momento denunciavam as impressões antecipatórias de uma realidade que se encontra estigmatizada em nossa sociedade. Essa estigmatização e construção de uma “história única” sobre pessoas pobres e periféricas dá-se a partir de uma construção historicamente constituída e disseminada, onde dissemina-se que alguns grupos sociais devem ser temidos e controlados pelas forças de segurança pública, por exemplo. O discurso disseminado pelas elites brasileiras do século XIX fortalece a argumentação de que a pobreza está associada à criminalidade e de que o pobre está vinculado à violência (Brito *et al.*, 2022).

A pesquisa desenvolvida, o contato com essas mulheres pesquisadas me proporcionou experiência e vivência única, que nem mesmo o percurso técnico feito até o momento neste campo como residente havia me proporcionado. Parar para ouvir sobre as vivências dessas mulheres ao longo dos anos não somente me colocou de frente com esses relatos e o vivido, mas também proporcionou a essas mulheres espaço de contato com suas histórias, as resistências diante de diversas adversidades, violências e negligências que dificultam o existir na rua. Participaram desta pesquisa quatro mulheres em situação de rua, cada uma em um espaço diferente da cidade e em estratégias de acompanhamento pela equipe de consultório na rua. Três delas estavam sendo assistidas de forma permanente na rua e uma outra estava sendo acompanhada em um processo de reinserção familiar.

Os relatos dessas mulheres trazem à tona todo um sistema de discriminação, exclusão e violências por parte dos transeuntes, dos próprios homens e mulheres que estavam próximo a elas em situação de rua, das forças de segurança pública e outras instituições, mesmo aquelas de saúde, que não a equipe do consultório na rua, reconhecido na fala de todas as participantes como recurso importante de cuidado para elas.

“Ser mulher usuária na rua”, uma das Unidades de Significado da minha pesquisa, refere-se à percepção que essas mulheres têm de si mesmas diante do uso de substâncias psicoativas no contexto da rua e dos atravessamentos decorrentes desse contato. Essa vivência torna-se evidente nas falas das participantes, especialmente ao relatarem os olhares, comentários ou atitudes discriminatórias direcionadas a elas ou a seus familiares, que também acabam recebendo julgamentos sobre a situação em que essas mulheres se encontram - algo sintetizado na fala de uma das participantes como o “desprezo da sociedade”. Além disso, a falta de suporte de pessoas próximas e a solidão são aspectos recorrentes nos relatos das participantes.

“Violências” também foi uma das Unidades de Significados que ficou evidenciada nos relatos das participantes, partidas pelos transeuntes, colegas próximos, forças de segurança pública. As participantes evidenciam que quando havia situações de violências, a própria polícia ocupava lugar de reforço destas violências. Em tentativas de contato para denúncia de agressão, uma participante relata que uma atendente da instituição reforçou que as violências que estavam sofrendo deveriam acontecer até que elas fossem mortas, pois isso que deveria

acontecer com elas, a morte. Negligenciar assistência e o olhar para esse público, é uma forma de exclusão e violência, tendo em vista a ausência de um lugar de dignidade, cidadania e direito que essas pessoas têm, de existirem com a proteção devida da sociedade civil e do Estado.

Ao longo desses anos desde o fim do período da residência, venho sendo convidado em palestras, aulas e eventos acadêmicos para discutir, tanto com profissionais da Psicologia quanto com acadêmicos sobre esse tema de pesquisa e suas reverberações em uma Psicologia que ainda mantém ausente realidades diversas, dentre essas, ainda há ausências de discussões nas formações de assuntos sobre públicos como da população em situação de rua. Em geral, dou início às minhas discussões sempre com um questionamento para o público ouvinte: “Qual a **sua** percepção sobre a população em situação de rua?”.

A pergunta embaraçosa e comumente constrangedora, em geral denuncia nesses espaços a ausência do olhar para esse público, a inabilidade com essa demanda ou mesmo as ideias preconcebidas que se têm dessas pessoas, anunciada em geral, quando introduz-se a fala com um pedido de “desculpas” direcionado a mim. Esse lugar de convocação de olhar para essa realidade desperta uma motivação para lembrar da existência dessa população e de como se dá em nós, pessoalmente, profissionalmente ou de futuros profissionais, o lugar ou o não lugar dado à eles pela população transeunte dos espaços urbanos que coabitam esses espaços com esses corpos mas não lhes reconhecem, acolhem ou dignificam. De que forma o olhar e as ações marginalizam e reforçam? Como que numa única história possível de ser descrita ou reforçada pela repetição sobre essas pessoas as “verdades” dizem sobre a afastam pessoas dessa realidade?

A autora Chimamanda Ngozi Adichie (2019), traz no livro que foi adaptado de uma fala sua no *TED Talk*, *O perigo de uma história única*, o risco que há na disseminação de uma história única e definitiva sobre uma determinada realidade. A histórica única cria estereótipos que acabam por engessar e colocar determinada realidade, em especial as mais vulneráveis ou vulnerabilizadas, num lugar único, imutável e pré-dito, antes mesmo da anúncio do corpo que existe nesses lugares. A autora, uma nigeriana de classe média, diz que é uma contadora de histórias e que desde pequena faz leituras. Entretanto, na sua infância, os livros que a autoria lia, de princesas e garotas que viviam uma realidade distinta de sua realidade, em geral livros britânicos e americanos, eram distantes de sua realidade, mas isso não deixava de disseminar nela e nos leitores um lugar provavelmente

difícil de alcançar, pois como diz a autora, onde ela morava não havia neve, não comiam mangas e não falavam do tempo, pois não havia necessidade.

O que a autora também nos traz é o quanto há uma generalização de existências. Quando ela vai estudar nos Estados Unidos, uma colega de quarto fica surpresa de que ela fala inglesa fluentemente, ficando confusa ao ouvir da autora que o inglês é a língua oficial da Nigéria. O olhar era um olhar único dos viventes do continente africano, como se existisse uma única história, de catástrofe e sofrimento, o que levava a colega a olhá-la com um olhar de pena e condescendência.

O que a autora nos chama atenção nos relatos que discorre ao longo do livreto é de que é impossível pensar na história única sem falar sobre poder, trazendo uma palavra igbo (grupo étnico africano) que está associada a lógica da ideia de poder que ela traz, “nkali”, que na tradução trazida pela autora significa “ser maior que o outro”. Assim sendo, parte-se do princípio de que o mundo econômico, político e as histórias únicas são definidas por esse princípio, ou seja, as formas como elas são contadas, quem as conta, em que momento é contada e quantas vezes são contadas remete depende muito do poder, que torna essa história uma história única sobre quem é narrado.

A história única acaba, assim, por criar estereótipos, como narra a autora. O problema dos estereótipos não é que sejam mentiras, mas sim que contam de forma incompleta a história do outro. A autora complementa que a consequência de uma única história é o roubo da dignidade das pessoas. Disseminar uma história única sobre um grupo, uma cidade, uma região ou um continente – como ocorre, por exemplo, com o Nordeste no Brasil ou com o continente africano – impõe estereótipos e definições antes mesmo que esses públicos, geralmente vulnerabilizados, possam narrar suas próprias histórias. Essas narrativas diversas têm o potencial de desmistificar e revelar vivências que vão além da imagem disseminada pela desqualificação do outro.

Seguindo essa discussão, a forma de desconstrução do olhar, desnaturalizar o mundo natural, como a fenomenologia busca entrar em contato com os fenômenos, tal qual eles se mostram, é o caminho que me motiva nesta caminhada pesquisando essa temática e esse público ao longo dos anos. A exemplo das mulheres em situação de rua que pesquisei no período da residência, olhar de forma mais aproximada, tirar de vista e se aproximar de forma aberta para ouvir a partir dos seus vividos o que de fato elas experienciam, longe de qualquer

ideia pré-concebida sobre o uso de substâncias, por exemplo, me possibilitou experienciar de forma aproximada o sofrimento vivido por elas, as violências diversas que sofrem, mas também o reconhecimento de formas de resistência, de proteção entre essas mulheres e do esforço de viver, apesar de um mundo extremamente hostil que viola e agride.

Nesta dissertação, objetivo o estudo de um outro público diretamente relacionado à situação de rua, os psicólogos que atuam no consultório na rua em São Luís, sendo essa profissão uma área que ainda possui diversas lacunas em relação aos estudos e pesquisas em sua história e nos espaços de formação tanto acadêmica quanto profissional em relação às situações de pobreza e vulnerabilidades, como é o caso da situação de rua (Guzzo, 2016), buscar compreender o vivido por eles nesse contexto desafiador é o interesse atual de pesquisa. Para isso, esta pesquisa teve como problema de pesquisa *“Qual a percepção do vivido por psicólogos do consultório na rua de São Luís no atendimento a pessoas em situação de rua?”*. Como objetivo de pesquisa, busco compreender a percepção do vivido de psicólogos que atuam nas ações do serviço de Consultório na Rua na cidade de São Luís - MA, e como objetivos específicos, descrever a situação de rua de rua como um fenômeno de campo co-criado; caracterizar as ações realizadas pelos profissionais da psicologia no atendimento às pessoas em situação de rua e descrever a percepção do vivido por psicólogos que atuam atendendo as pessoas em situação de rua.

Essa dissertação é resultado da oportunidade ofertada pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão, que me possibilitou o acesso que não seria possível em minha cidade, tendo em vista que não há o curso de Psicologia na instituição federal e nem estadual no Amapá. Participar dessa troca junto a esse programa, que se somou nesse período a comemoração de 30 anos da Psicologia na instituição, ter tido a oportunidade de estudar com professores que estão desde o início do curso ou que se formaram na instituição e hoje encontra-se no lugar de docente, é inspirador, admirável e motivador.

A oportunidade de encontrar profissionais novos também ampliam esses desejos e inspirações, como é o caso de minha orientadora Dr. Dayse Marinho Martins, que tem uma história institucional da Universidade e que em muitos momentos acalmou-me em meio as angústias dessa jornada. O desejo é de vida longa ao programa e de um tão logo retorno para esta Universidade e cidade que

me acolheu de forma tão afetuosa e sensível, que não consigo mais deixar de dizer que eu tenho para onde ir, aqui também é um lar.

2 SITUAÇÃO DE RUA E AS PESSOAS: tecendo texto e contexto para vivências plurais

Fui na sapataria retirar os papéis. Um sapateiro perguntou-me se o meu livro é comunista. Respondi que é realista. Ele disse-me que não é aconselhável escrever a realidade.

Carolina Maria de Jesus

2.1 Situação de Rua como Campo Co-criado

Construir um caminho de discussão histórica e social sobre a situação de rua, rompendo com ideias intrapsíquicas, isolacionistas e que atribui total responsabilidade para essas pessoas é desafiador, tendo em vista a ainda baixa produção acadêmica sobre o assunto nas diversas áreas de conhecimento e na intersectorialidade que o trabalho com esse público exige. Dar nomes pejorativos e taxativos a essa situação, invisibilizar, dizer previamente sobre de maneira rígida e discriminatória, é um dos enquadres de “história única”, como já citado, em que historicamente violenta e cristaliza esse público, geralmente tendo como marcadores, nas palavras que apontam essas pessoas, unicamente as ausências, como por exemplo as ausências de crenças, alimentação, trabalho, falta de família, de residência, falta de lugar nesta sociedade.

Costumeiramente, associa-se a situação de rua sentencialmente à pessoa nesta situação, tanto como um lugar de escolha pessoal ou consequência por suas “escolhas erradas”, bem como pela ideia de periculosidade e risco iminente que essas pessoas possam vir a ocasionar nos espaços urbanos o qual circulam (Brito *et al.*, 2022). É importante que essa situação e sua investigação não sejam pensadas de forma isolada e encerrada em si mesmas, como apontam os autores supracitados, mas sim como parte de um contexto histórico-social que influencia diretamente a manutenção de ausências, violências e exclusões. A construção social de termos denominativos discriminatórios, a criação de legislações como a Lei da Vadiagem, que facilitam as ações repressivas do Estado por meio do aparato judiciário e das forças de segurança pública, e as diversas formas de violências e negligências direcionadas a essa população evidenciam esse contexto.

A conhecida “Lei da Vadiagem” é um desses exemplos de formas de controle histórico dessa população em situação de rua, intimamente ligada, como veremos mais adiante, com a abolição da escravatura. Essa forma de controle e punição dos corpos negros, egressas do sistema escravocrata do país em que, após sua abolição, tem sua mão de obra desvalorizada e desqualificada, não absorvida pelo trabalho e sem-terra para o trabalho com o cultivo, essas pessoas buscavam os centros urbanos vindas das áreas rurais em busca de oportunidades de trabalho. Porém, ao chegarem nesses centros urbanos, a realidade de exclusão de sua força de trabalho permanece o mesmo após o período de escravidão, encontram resistência social por parte da elite, advindo daí a criminalização vadiagem no Código Criminal de 1890, que tinha como ação o encarceramento dos ditos “vadios”, aqueles que não exerciam uma profissão ou qualquer outra forma de garantia de sua subsistência e nem domicílio e que, segundo entendimento da época, manifesta-se ofensas à moral e aos bons costumes (Paulino; Oliveira, 2020).

Paulino e Oliveira (2020) abordam ainda o processo de higienização urbana da época e o acirramento da Lei da Vadiagem como mecanismo jurídico que facilitava o plano vigente. Sob a gestão do prefeito Pereira Passos, a reordenação urbana do Rio de Janeiro, então capital do Brasil, buscava, por meio do conhecido “Bota Abaixo”, higienizar, ordenar, demolir e “civilizar” a cidade, com o objetivo de transformar sua estética aos moldes da Belle Époque parisiense.

Nesse contexto, a reordenação do início do século XX passou a demolir, de forma autoritária, habitações consideradas precárias, como cortiços e casarões. Essas residências eram ocupadas pelas camadas mais pobres da população, que, ao perderem suas moradias, foram forçadas, em decorrência do acirramento da Lei da Vadiagem, a ocupar áreas mais distantes do centro urbano, uma vez que, sem residência fixa, tornaram-se socialmente indesejadas. Esse deslocamento resultou em um processo de higienização desse espaço central e na construção da marginalidade – entendida como espaço marginal de residência –, da suburbanização, da favelização e da formação das periferias como local de moradia das classes mais baixas, de ex-escravizados e seus descendentes.

Mesmo quando a legislação garante direitos à população, há violações desses direitos, além de ações repressivas e negligentes por parte do próprio Estado, que deveria prestar assistência a essas pessoas, como será citado adiante neste trabalho. A sociedade, historicamente e de forma cada vez mais hostil em relação a essa população, busca, por meio da arquitetura ou dos arranjos das

construções já existentes, criar espaços que promovam o distanciamento desse público, especialmente quando há a necessidade de abrigo em logradouros, praças públicas, espaços comerciais, bancos, entre outros.

Historicamente, observa-se um baixo investimento e uma atuação limitada de políticas públicas de saúde voltadas para esse público (Paiva; Guimarães, 2022). Além disso, essas pessoas enfrentam dificuldades de acesso a instituições de serviços públicos, como os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), unidades básicas de saúde, hospitais e até mesmo espaços dedicados especificamente a esse público (Lemões, 2022).

O setor de segurança pública também ocupa um espaço de truculência e violência, neste caso não dando um lugar para essa população. São diversos os espaços e percursos que impedem o acesso, inviabilizam ou violentam esse público. Essas vulnerabilidades, em especial de vínculos fragilizados, dificuldades de acessos e garantias, privações de liberdade, bem como dos preconceitos e violências que essa população sofre nos logradouros e serviços e órgãos públicos acabam por ampliar as necessidades desta população, para além de que cuidados técnicos e biomédicos. Pouco se diz da importância do cuidado e necessidades em saúde que contemple não só questões anatomofisiológicas, mas que também contemple garantia de direitos, ocupação de espaços e o reconhecimento desse público, da dignidade da vida humana.

Essa condição de saberes e cuidados em saúde apenas centrada nos saberes biomédicos são limitados no cuidado da população de modo geral e em se tratando da população em situação de rua mais ainda, pois o lugar de invisibilidade e exclusão dessa população também é um sintoma social de adoecimento e não validação de existências, e por isso, esses modelos biomédicos não dão conta de abarcar esses acometimentos outros que colaboram para o bem viver e a saúde, pois necessidades em saúde, conforme nos diz Hino et al. (2009), não são apenas ligadas às necessidades médicas, nem unicamente ligadas a problemas relacionados às patologias físicas, sofrimentos ou riscos, mas dizem respeito e precisam incluir também as carências e vulnerabilidades que expressam modos de vidas e identidades.

Souza e Nobre (2022) nos dizem que a existência de pessoas que vivem à margem de normas regulatórias de conduta da sociedade e da circulação das cidades apresenta-se como um fenômeno secular e mundial e que ao longo dos anos vem ganhando novas configurações na contemporaneidade. No Brasil, este

fenômeno se intensifica na primeira metade do século XX, marcado pelo fenômeno do êxodo rural e o processo migratório que tem como fator motivador, a crescente industrialização. Porém, o que se percebe deste fenômeno na contemporaneidade, é que sua população, em sua maioria, é composta por pessoas provenientes de áreas urbanas, sendo menos frequente a migração do campo para o espaço urbano (Sicari; Zanella, 2018).

Outros autores nos trazem outro marcador histórico, dizendo que o processo de exclusão desse público é uma construção e tem sua manutenção ao longo da história, pois conforme nos dizem Barbosa *et al.* (2022, p. 25),

[...] esse processo de exclusão teve origem no período de colonização, pois nesse momento histórico a relação entre o colonizador e o colonizado eram marcadas pelas desigualdades e discriminação com uma lógica excludente tanto no sentido da economia como no de cidadania.

Santos, Dantas e Silva (2022) evidenciam o quanto o processo histórico da população em situação de rua é marcado pela exclusão em diversos espaços, inclusive nos decisórios de ações para essa população ou na construção do conhecimento sobre a mesma

Seja da vida social, da cidade, do reconhecimento como sujeito possuidores de direitos, do acesso digno à justiça, à saúde, à educação de qualidade, ao mercado de trabalho ou à partilha igualitária dos bens simbólicos e culturais produzidos pela sociedade. Em nível institucional, muitas vezes as pessoas em situação de rua são excluídas dos espaços decisórios de participação popular para discussão e formulação de políticas públicas direcionadas para eles próprios. No acadêmico, as pessoas em situação de rua são constantemente excluídas do processo de construção do conhecimento sobre a sua própria realidade concreta, impedidas de exercerem efetivamente em diversos espaços de sociabilidade [...]; quando muito são colocados como objetos de estudos a partir de uma visão eurocêntrica e normalizadora de ciência. (Santos; Dantas; Silva, 2022, p. 357).

Esse apagamento e tentativa forçada de distanciamento da População em Situação de Rua (PSR) mostra-se assim na própria nomeação dada a eles ao longo da história, em geral de forma pejorativa e tendo como parâmetro características ou condições de vida definidora ou violenta de se direcionar a eles. Cunda e Silva (2020) trazem em seu artigo a construção de nomeações para este público até a chegada na, agora chamada no Brasil, população em situação de rua. As nomeações ao longo da história evidenciam e mantém essas pessoas, conforme evidenciam os autores, em uma política estética que enunciam um “não lugar” nas cidades, intimamente ligado as relações de poder que ao longo do desenvolvimento da sociedade influenciam e denotam o contexto a seu tempo,

como é o caso da filantropia, as forças de segurança, os médicos, a psicologia, dentre outros.

A primeira denominação que Cunda e Silva (2020) nos trazem é a figura do *nômade*, registrada desde a Grécia Antiga, a presença de ondas de pessoas itinerantes que não se enquadravam no sistema de hierarquização das cidades, não fazendo parte dos arranjos sociais e políticos da época, como eram o caso dos escravos, comerciantes estrangeiros ou mesmo os pobres, que, a depender das filiações ou estabelecimento de negócios nas cidades, ocupavam “um lugar” na cidade. Essas pessoas, em geral eram aqueles expulsos de suas comunidades, que fugiam da escravidão e que não perfilavam no perfil do trabalho da época. Esse perfil apresentado na condição de rua da época não era alvo direto de políticas e ações dos soberanos na época, em virtude de sua condição marginalmente conhecida, acabava pelas ações de repulsão, entregues a própria condição que levariam a novas buscas e migrações para outros espaços ou mesmo pela própria morte.

A figura do “desgraçado” é construída em conjunto com a filosofia cristã, que atribui novos contornos e significados à desgraça e aos mais vulneráveis da época. Com a disseminação do cristianismo e de textos cristãos, fortaleceu-se a ideia da horizontalidade das relações humanas, baseada no preceito da igualdade entre os seres humanos, o que aproximava as pessoas independentemente de sua posição social, estética corporal ou riqueza. Essa concepção aproximava a religião e seus praticantes dos pobres, tendo como princípio o cuidado de si e do próximo, ações vistas como um caminho para estar mais próximo do Pai e alcançar a salvação. Foi por meio da filantropia e do amor à humanidade que os desassistidos – como os sem-teto, viajantes, crianças abandonadas e leprosos – passaram a encontrar acolhimento, resultado do esforço coletivo para ampará-los (Cunda; Silva, 2020).

Diante do sistema de caridade que nasceu na Idade Média e dos espaços filantrópicos que viabilizavam essa, abriu-se uma necessidade de distinção entre o “corpo santo”, desgraçado e digno das ações de caridade e do corpo ocioso, aquele que buscava a caridade em virtude da não investidura para o trabalho, que até nos próprios escritos religiosos, tinham como dignificação e do alimento fruto dele. Passou-se então a constar em listas de carentes, aqueles corpos que faziam *jus* das ações de caridade dos espaços filantrópicos, em geral com características estéticas corporal, como nos casos de corpos magros, acometidos por doenças ou

invalidez e também aqueles que apresentavam características morais que justificassem a inaptidão para o trabalho, com submissão e vergonha pela não investidura no trabalho (Cunda; Silva, 2020).

Surge então a figura do mendigo, aquele que não é assistido pela filantropia, nem pelo estado e nem pelas filiações dos laços sociais, nem pelo trabalho. Comumente esses personagens enfrentavam um condição de isolamento social, ficando a mercê da própria sorte, ocupando assim um lugar aproximado dos andarilhos, despossuídos e nômades, sem um lugar social e nem de assistência por meio da caridade (Cunda; Silva, 2020).

Com o crescimento das cidades e a condição de subsistência e servidão da vida no campo, a migração do povo para a cidade na esperança de condição de vida melhor, leva as pessoas à um êxodo rural que as levam de um lugar de servidão para um lugar de pobreza nas cidades. No séculos XVII, a condição de miséria já era uma realidade dos centros urbanos, e a soma daqueles que buscavam, não somente vindo do campo, mas os nômades, andarilhos, comerciantes falidos, desempregados, acabaram por constituir assim, conforme dizem os autores, uma gradação sem uma definição clara entre elas entre a ociosidade, a debilidade, a pobreza e o crime.

O espaço urbano passa a ser um espaço de perigo e uma mácula a ser extinta, e a figura do *vagabundo* encontra-se intimamente ligada a esse personagem causador do desconforto urbano. Segundo os autores citam, esse personagem urbano ocupa dois lugares de desfiliação, o primeiro de fragilidade dos vínculos familiares e comunitários e o segundo da inaptidão para o trabalho. A figura do vagabundo, malandro, ganha maior abrangência ao longo da história pela sua apresentação nas literaturas, caracterizando um típico personagem da cidade, em geral associado a condições de trabalhos autônomo com uso de objetos falsificados ou proibidos, ou por aqueles que fingem algum tipo de adoecimento, limitações físicas, ou falsos religiosos, dentre outros (Cunda; Silva, 2020).

Com o desenvolvimento, crescimento e modernização das cidades, da arquitetura, as ruas se verticalizaram cada vez mais em prédios em busca de uma privatização maior dos espaços. Os espaços públicos, as ruas passam a se tornar espaços de transição, destinando o transeunte para um determinado lugar. Ocupa-se desse espaço um lugar planejado econômica e socialmente. Os veículos passam a ocupar o espaço urbano, levando as pessoas aos seus destinos e partilhando essas ruas com aqueles que as ocupam. Reconhece-se, nesse circular ocupando

a cidade os lugares sociais e econômicos o qual determinado transeunte faz parte. Surge então, neste espaço urbano a figura do *rueiro*, sujeito do não-lugar, não pertencimento àquele espaço urbano econômico e proximal que dos centros urbanos à periferia transitam, em geral reconhecidos pelas fisionomias, vestes e odores que tinham como apontamento primeiro, o risco iminente às famílias burguesas que não os reconheciam como pertencentes àquele espaço (Cunda; Silva, 2020).

O *negro*, ocupa um lugar figural neste processo histórico de nomear, mas em especial de povoar as ruas. As pessoas em situação de rua são em sua maioria pessoas não brancas, pretas ou pardas e não à toa, esse processo é constituído historicamente desde o processo de escravidão e pós abolição (Brito *et al.*, 2022; Cunda; Silva, 2020). Com o sequestro da população do continente africano para escravização pelo continente europeu e não diferente no continente americano e com sua chegada ao Brasil, que com o trabalho forçado da escravização, ocupou lugar de crescimento econômico com a exportação do café para a Europa. Constitui-se aí um processo histórico que reverbera até os dias de hoje, o da dominação e racismo estrutural com relação ao negro na sociedade brasileira por parte de corpos brancos.

Apesar da abolição da escravatura em 1884, as leis mudam, mas em geral os hábitos e comportamentos tendem a levar um tempo maior de extinguir-se no fundo de vivido social, tendo repercussão e avançando em direitos básicos e de reparação histórica com muita resistência da classe dominante ainda hoje. O negro na sociedade (principalmente de antes, mas ainda hoje) ainda não é reconhecido como sujeito de direito e de competência para o desenvolvimento de seu trabalho, ainda existindo um não-lugar. Com a vinda dos europeus brancos para o desenvolvimento do trabalho nas lavouras, a figura do negro é associada à de vadiagem, do não trabalho, do não-lugar, o que acaba por vulnerabilizar mais o espaço de filiação e trocas sociais desta população, conforme nos narram os autores Cunda e Silva (2020, p. 7) que completam essa temática dizendo que

No desenho das cidades brasileiras, o negro foi um elemento crucial para a cidade higienizada/esquadrinhada, sendo a personificação de muitos fluxos marginais, habitando uma cidadania sempre questionável, mantendo as rotas de exclusão e extermínio do Estado. Compõe as margens sociais e geográficas da urbe, desde os cortiços do centro, às “malocas” das vilas e aos barracos da rua. Não à toa se diz comumente entre os conhecedores da vida rueira: a rua tem cor.

Outra nomeação muito utilizada ao longo da história é a do *marginal* ou *morador de rua*, que pela condição de viver à margem, distante dos centros urbanos cada vez mais excludente para que nele caiba a expansão da burguesia e da circulação do capital, o território urbano distância, marginaliza aqueles que não conseguem custear a existência nos centros, há na marginalização uma higienização da daquele espaço de poder. Aqueles que ocupam as zonas marginais são em geral aqueles que possuem vínculos informais e que se distanciam do trabalho formal e especializado que as indústrias exigem no seu desenvolvimento e expansão, aqueles que vivem de aluguel, em locais insalubres, em regiões de favela, que são assistidos pelas entidades assistenciais (Cunda; Silva, 2020). Os autores afirmam ainda que essas zonas são, em geral, associadas a ambientes onde predomina o uso de substâncias psicoativas, como o álcool, além da prostituição e da própria condição de rua, carregando em si uma sensação de desenraizamento. Assim, a figura do morador de rua se define pelo modo de permanência e existência nas cidades, à margem das ruas, desintegrado da grande massa produtiva do capital e desabrigado.

O termo morador de rua ainda hoje é bastante utilizado para se referir as pessoas em situação de rua. Entretanto, vale ressaltar que esse termo não é o mais adequado para designar essas pessoas, pois o termo generaliza as pessoas em situação de rua, ou a população em situação de rua, em sua pluralidade de formas de existir e regiões em que habitam. Além disso, o termo dá uma conotação de que essa situação é permanente e imutável, sendo impossível de ser revertida ou de encontrar uma outra forma. Isso talvez se assemelhe ao já supracitado texto de **Chimamanda, das** histórias únicas que tiram daquele sujeito, e consequentemente do seu entorno a possibilidade de mudança e alterações nesse campo.

As mulheres que divergiam dos ideais do patriarcado, que demarcava um lugar único e submisso da figura feminina, também ocupam um lugar histórico na denominação das pessoas em situação de rua. A vadia ou a puta era aquela que contradizia o único caminho possível da mulher alinhavado pelo patriarcado, que é a estereotipada donzela doce e amável, esposa companheira e dedicada aos cuidados tanto do marido quanto dos filhos, responsável pela educação dos filhos e no caminho mais longínquo, a avó bondosa e amável (Cunda; Silva 2020). Porém, esse lugar não é de todas as mulheres, ou de todos os corpos femininos. Os autores trazem como marcador para aquelas mulheres que não conduzem esse papel da mulher para casar a questão de classes inferiores, entretanto é importante ressaltar

que as questões de as questões de raça também implicam diretamente o não lugar de alguns corpos quanto ao casamento.

As mulheres que se prostituem ocupam um lugar de transgressão e de identificação como fazendo parte deste contexto de rua. Contrariando o ideal do modelo patriarcal, a utópica moral de um seletivo grupo privilegiado, parâmetros que nem sempre contemplam as necessidades e os caminhos de existências e resistências de alguns, que define a “puta” é caminha na contramão de um lugar funcional da mulher na sociedade enquanto cuidadora para ocupar o lugar daquela que desvia do caminho os jovens e os pais de família, pervertem as crianças e destroem esse ideal patriarcal (Cunda; Silva, 2020).

Caminhando um pouco mais no que se refere aos fatores contextuais e históricos que denotam e limitam as definições da população em situação de rua na história, os autores chegam a dois pontos importantes de transformação do enxergar essa população. No primeiro momento a transformação do olhar e definição mais aproximada para uma conceituação enquanto massa. Parte-se de uma visão individualizante para uma mais geral, generalizadora e totalitária, distanciando assim quaisquer indícios de uma singularidade de cada sujeito ou de localizações específicas de alguns grupos, isso acaba por impedir que as ações de políticas públicas se alinhem de maneira mais aproximada e articulada com as particularidades e necessidades de cada grupo ou pessoa em condições de vulnerabilidade (Cunda; Silva, 2020).

Quando se fala em situação de rua, essa discussão e a importância de uma troca mais aproximada se faz mais que necessária, tendo em vista a multiplicidade de formas de viver e motivações que os levam para essa situação implica, pois como nos dizem Souza e Nobre (2022), os percursos históricos, caminhos que levam até a situação de rua e as configurações contemporâneas locais, produzem marcas tanto nos corpos quanto nos modos de vida das pessoas, entretanto há diferenças nessas marcas e modos que variam à depender das cidades onde essas populações vivem e o que esses espaços urbanos, os logradouros, instituições, transeuntes lhes oferecem como possibilidade de sobrevivência e resistência.

Assim sendo, na construção histórica de nomear, seja social ou nas políticas ligadas ao público, adota-se o termo “situação” de rua, pois a situacionalidade e transitoriedade pode ser uma marca impermanente e mutável da pluralidade de vivências que envolvem esse público e que não mais é taxativa,

imutável e definitiva para os sujeitos (Cunda; Silva, 2020). Além disso, busca-se tirar dessas pessoas definições estigmatizadoras e generalizadoras, como é o caso do termo “morador de rua” ou “sofredor de rua”. O termo é adotado também nas políticas públicas e legislações referentes a população, demonstrando assim a postura adotada pelo Estado frente à descontínua adoção de termos pejorativos e definidores desta realidade.

Marcar e demarcar de forma pejorativa, violenta e excludente a população em situação de rua é uma classificação coletiva da sociedade que marginaliza esse público, muito ligadas aos apelos estéticos desse público, ao descuido em virtude das dificuldades de acessos, ao odor, pela concepção higienista e de periculosidade associada a essa população, dificulta acessos e caminhos de mudanças na estrutura sócio-política que envolve tanto desde o respeito e a alteridade quanto ao sofrimento desse público, sem um lugar em muitas vezes enquanto sujeito digno de respeito, quanto também nas dificuldades de acessos às políticas públicas e ações assistenciais que poderiam contribuir para condição de vulnerabilidade enfrentada.

Brito e Silva (2022) afirmam que essas acepções sociais em relação a esse público se manifestam como barreiras que alimentam o distanciamento tanto da população em situação de rua quanto da população em geral – distinção já feita pelos autores, tratando-os como um grupo à parte ou diferente do restante da sociedade. Esse distanciamento contribui para o aumento de atitudes de desprezo, descaso, hostilidade e perversidade em relação a essas pessoas. Os autores também destacam que, embora as condições de existência vulneráveis desse público sejam características de populações que deveriam ser contempladas por programas de inclusão social ou políticas públicas voltadas à saúde, nem todos são assistidos por essas ações.

Essa perspectiva permite perceber que a situação de rua não é exclusivamente responsabilidade do indivíduo, como se ele tivesse o controle total sobre sua permanência nessa condição. Ao contrário, trata-se de um processo influenciado por fatores externos – um meio e um contexto que contribuem para a manutenção da exclusão e das violências.

Neste sentido, pensar a situação de rua ou a vivência da(s) pessoa(s) em situação de rua, a partir dos apontamentos teóricos que seguirão norteando esta pesquisa, pauta-se na compreensão de “*campo*” trazida pela epistemologia gestáltica. Para tanto, Perls, Hefferline e Goodman (1997, p. 42), autores do livro

fundador da Gestalt- terapia nos apontam que “em toda e qualquer investigação biológica, psicológica ou sociológica temos de partir da interação entre o organismo e seu meio”.

Ou seja, não é possível falar de qualquer temática que envolva um organismo, uma pessoa, um sujeito, “um texto”, sem que esta discussão esteja indissociavelmente ligada ao seu ambiente, em troca direta e constante com “seu contexto”, desde um plano mais orgânico/fisiológico, como falar do organismo sem levar em consideração o oxigênio como parte da definição deste, ou falar do alimentar-se sem falar do alimento, do enxergar sem a luz, ou falar da locomoção ou do movimentar-se sem a gravidade e um chão que lhe sustenta. Os autores denominam esse interagir entre o organismo e o seu ambiente, em qualquer função, como “campo organismo-ambiente”, ressaltando que naturalmente, essa interação não é apenas física, mas também social e, nos dizem que se deve “levar em consideração todo problema como se dando num campo social-animal-físico” (Perls; Hefferline; Goodman, 1997, p. 43).

Seguiremos falando assim, sobre os direitos conquistados ao longo dos anos pelas políticas públicas, mas também das negligências e violências que circundam, mesmo que com direitos garantidos a manutenção da desassistência.

2.2 Garantias, fragilidades e violações

Por “*população em situação de rua*”, definida pelo decreto nº 7053 de dezembro de 2009 que institui a Política Nacional para População em Situação de rua, compreende-se:

[...] 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 (Brasil, 2009a, art. 1, parágrafo único).

Ter instituído por uma política, apesar de uma definição ainda limitada que não contempla a pluralidade desse público, é um passo importante tanto para o reconhecimento da mesma quanto para o direcionamento de ações de governo, pois o processo de exclusão desse público ainda limita visibilidade e acessos e os fragiliza as mudanças democráticas de governos, pois apesar de nas últimas décadas esse grupo populacional ter conquistado maior visibilidade e avanços significativos com relação aos seus direitos, dentre eles a instituição da Política

Nacional para a População em Situação de Rua e do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, a partir do Decreto nº 7.953, de 23 de dezembro de 2009. Entretanto, apesar do avanço, passam por constantes descaso e diversos tipos de segregação, exclusão, preconceitos e violências tanto pela população quanto por profissionais de saúde e forças de segurança pública e mostram a fragilidade e incipiência do Estado em relação aos direitos dessa população, pois toda a política nacional voltada para esse público está baseada em um decreto, que por sua natureza jurídica pode ser derrubado de um governo para outro (Borysow; Conill; Furtado, 2017; Leal; Calderón, 2017).

A PSR vem, conforme vejo desenvolver-se ao longo da história e estudando a temática, uma ambiguidade quanto a direitos e conquistas, bem como as fragilidades do que se tem conquistado e aquilo que não é realizado, mesmo que descrito na legislação e políticas públicas que contemplam esse público, conforme irei discutir ao longo deste tópico.

Um dos avanços importantes nesse processo, deu-se a partir do já citado anteriormente, Decreto nº 7053 de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento. Este decreto traz princípios, diretrizes e objetivos a serem desenvolvidos na atenção, respeito à dignidade desse público, bem como de garantias de acessos e direitos, acompanhamento do quantitativo e do monitoramento das ações referente a estes. Porém, mesmo após quase 14 anos após a publicação do decreto, alguns dos seus principais pontos ainda se apresenta como ausente ou frágil em sua execução, parte dessa ausência de aplicabilidade advém do próprio Estado ou instituições estaduais que impedem, dificultam ou violentam essa população.

Dentre esses pontos ainda ausentes de execução, apresenta-se no decreto em seu Art. 7º, que diz sobre os objetivos da política, em seu inciso III, aponta como objetivo instituir a contagem oficial da população em situação de rua, porém o Brasil ainda não possui dados oficiais sobre a PSR (Brasil, 2009a; IPEA, 2022). A única pesquisa de grande abrangência em território nacional se deu entre agosto de 2007 e março de 2008, através do I Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, desenvolvida pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Na ocasião, a pesquisa foi realizada em 71 cidades brasileiras.

No levantamento feito, foram identificadas 31.922 pessoas maiores de 18 anos em situação de rua, havendo uma predominância maior de homens (82%) que de mulheres, e entre os pesquisadores, há uma predominância maior de negros (conforme a soma de IBGE de pretos e pardos) que de brancos, 39,1% se declararam pardo e 27,9% se declararam negros, enquanto 29,5% se declararam brancos. No que diz respeito à escolaridade, 63,5% dos pesquisados não concluíram o ensino fundamental, 17% não sabem ler e escrever e 8,3% apenas sabem assinar o próprio nome. Os dados demonstram também a ausência da inserção em espaços educacionais, 95% da população disse não estar estudando, enquanto 3,8% disseram estar fazendo algum curso, desses 2,1% estavam fazendo o ensino formal e 1,7% fazendo curso profissionalizante.

A pesquisa também nos traz um dado importante que contraria a mais uma “história única”, a de que a PSR é associada ao não trabalho, vadiagem ou pedintes, no campo “Trabalho e renda”, a pesquisa revela informações diferentes do que se reafirma sobre. A PSR é composta, em sua grande maioria, por trabalhadores, das mais diversas formas de atividade remunerada.

Um dado importante que talvez desmistifique a ideia única e generalizadora dos motivos que levam as pessoas a estarem em situação de rua, em geral associada apenas ao uso de drogas, apresenta-se na pesquisa enquanto principais motivos que levaram pessoas a essa situação, estão os problemas relacionados ao alcoolismo e ao uso de drogas (35,5%), o desemprego (29,8%) e os problemas familiares (29,1%).

Apesar da correlação entre alguns motivos em alguns dos casos, mostra-se aí uma mudança da história única. A pesquisa não apontou, na época, e a ausência de contagem oficial e pesquisas mais abrangentes, um agravante atual que também se soma ao aumento da população em situação de rua, que é com a chegada de imigrantes vindos de outros países e que somam em quantidade a essa população. Um desses fenômenos migratórios visualizados na atualidade brasileira, reflexo das situações do país vizinho, Venezuela, tem se tornado perceptível na nossa realidade.

Bento, Lima e Bomfim (2022) nos apontam que o país vem sofrendo uma grave crise humanitária durante o século XXI, o que vem ocasionando uma progressiva instabilidade que vem afligindo o país. As autoras apontam que 80% da população venezuelana estão em situação de extrema pobreza, com isso, desde

2016, o Brasil tem sido lugar de trânsito e destino desses que deixam o país em busca de melhores condições de existência fora de seu país.

A entrada desses imigrantes no país, em sua maioria, se dá pelo norte do país, no município de Pacaraima, localizado ao norte do estado de Roraima, faz fronteira com a Venezuela. O grande fluxo migratório de entrada e saída de pessoas neste estado e no País causa um impacto em diversos contextos. As autoras trazem os dados de que, em 2017, no pico deste fluxo migratório na fronteira, chegou-se a calcular uma média de mil pessoas entrando e saindo diariamente pela fronteira. Em 2019 houve uma queda de quinhentos imigrantes na média diária (Bento; Lima; Bomfim, 2022).

Em geral, as pessoas optam por seguir para Boa Vista, localizada a 214,80 km de Pacaraima, muitas vezes caminhando ou pedindo carona. No entanto, ao chegarem à cidade, os imigrantes se deparam com uma realidade de vulnerabilidade e precariedade, já que o município não está preparado para acolher esse contingente migratório nem para oferecer acesso adequado a serviços básicos, como saúde e educação, além de oportunidades de emprego e moradia. Além disso, as autoras destacam a frequência das violências sofridas pelos imigrantes em razão da marcante xenofobia presente no local (Bento; Lima; Bomfim, 2022).

Outra situação contemporânea, cujas consequências ainda se fazem presentes em nossa sociedade, foi o surgimento da pandemia de COVID-19. Os primeiros casos de pneumonia foram registrados em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, na China, e, em janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram tratar-se de um novo tipo de coronavírus. Inicialmente denominado 2019-nCoV, o vírus foi oficialmente nomeado SARS-CoV-2 em fevereiro de 2020. Com o surgimento e a disseminação global da COVID-19, síndrome respiratória causada pelo coronavírus, os impactos e agravamentos anatomofisiológicos no organismo ainda se mostravam pouco precisos, assim como a identificação dos fatores que levavam ao agravamento dos casos. Além disso, as constantes mutações e o surgimento de novas cepas contribuíram para o agravamento da situação. Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou o surto do novo coronavírus como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional e, em 11 de março de 2020, caracterizou a situação como pandemia devido à ampla disseminação geográfica da doença (Feitoza; Cordeiro; Belmino, 2020; Ribeiro *et al.*, 2020).

Os impactos da pandemia, status ainda vigente nos dias de hoje, não foram tão somente na saúde física de sujeitos, mas ocasionou impactos em diversas áreas da sociedade além da saúde, como na área da educação, economia, dentre outras áreas. O aumento do número de desempregados em virtude da economia paralisada e em virtude do consequente fechamento de postos de trabalho, o descontrole dos preços dos itens da cesta básica e de um auxílio emergencial baixo para a realidade inflacionária do país, incapaz de atender as demandas da população brasileira e, nem mesmo acessada por todos os brasileiros, principalmente a faixa mais vulnerável e empobrecida, acabam por recorrer à situação de rua como principal forma de sobrevivência. Nos faz perceber que, apesar da democrática expansão em escala mundial da COVID-19, seus impactos e agravamentos se dão de forma diferente em sociedades desiguais, causando mortes e agravos de forma distinta (Brito *et al.*, 2021; Neto, 2022).

Neto (2022) em seu artigo intitulado “População em Situação de Rua: diálogos entre o ser, o estar e as políticas públicas diante do contexto de caos pandêmico da COVID-19 no Brasil” aponta que, apesar das ausências de contagens oficiais e do Censo dessa população, se faz visível nesse período pandêmico o aumento de populações vulneráveis, sem moradia convencional e que recorre aos logradouros, praças, viadutos, dentre outros espaços como locais de permanência e de moradia, na realidade em que o mesmo desenvolve seu trabalho e reside, em Fortaleza, Ceará. Essa ausência de contagem, de visibilidade desta população dificulta tanto nos possíveis desdobramentos e ações de políticas públicas e garantias de direitos e cidadania dessa população, quanto também, de dar um lugar de reconhecimento e de direito em fazer parte.

A população segue invisibilizada pelas estatísticas oficiais do país. No Censo realizado em 2022, a metodologia de busca dos recenseadores dava-se para aquelas pessoas domiciliadas, que recebiam visitas e responderam ao questionário. Aqueles que não possuem domicílio, como é o caso da PSR, assim ficaram mais uma vez de fora da contagem e de prestação de informações, reafirmando assim não a invisibilidade como fenômeno que se dá por si só, mas como uma invisibilização, ação direta do Estado enquanto agente de marginalização ou exclusão desse público.

Em relação à São Luís do Maranhão, a ausência de contagem oficial já citada, não nos possibilita precisar o número da PSR no município. Porém no campo de pesquisa realizada, Nascimento e Araújo (2021), em artigo intitulado “Pessoas

em situação de rua no Maranhão - MA: quem são?”, apresentado nos anais da **X Jornada Internacional de Políticas Públicas** da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, apresentam dados a partir da coleta de dados provenientes das fichas de atendimento dos profissionais de Assistência Social e Psicologia do Centro Pop - Centro em São Luís - MA, dos anos de 2017 e 2018. Existem dois Centro Pops em São Luís, entretanto as autoras se centraram apenas na análise do Centro Pop - Centro. Buscou-se com essa coleta, analisar o perfil sociodemográfico do público atendido pela instituição naquele período, sendo assim analisadas 549 fichas de atendimento.

O resultado apresentado pelas autoras no artigo apresenta uma semelhança entre os dados do Censo de 2009 com o que se percebe pelos dados analisados neste Centro Pop de São Luís, dentre as similaridades, a maior parte da população em situação de rua ser composta por pessoas do sexo masculino, sendo neste caso 85% (465) enquanto pessoas do sexo feminino somam 15% (82) do total de 549 usuários atendidos. Em sua maioria, a PSR atendida neste município pela Assistência Social, se declara pardos ou negros, sendo 57% (283) pardos e 25% (124) negros, enquanto os que se autodeclaram brancos são 15% (73) e indígenas 3% (13).

Segundo a já citada metodologia do IBGE, percebe-se que a população, em sua maioria, é composta por pessoas negras, apresentando 82%. Nascimento e Araújo (2021) nos dizem que os dados quanto aos números étnico-racial se assemelham ao quantitativo tanto Censo de 2009 quanto do perfil populacional do estado do Maranhão, que tem sua população composta predominantemente por pessoas negras, sendo assim o terceiro estado com maior população negra do Brasil, ficando atrás apenas do Pará em segundo lugar e da Bahia em primeiro lugar.

Sobre os dados de escolaridade, 61% (324) não completou o ensino básico, 15% (82) não chegou a concluir o ensino médio, sendo 15% (79) aqueles que concluíram o ensino médio e 6% (30) dizem sobre pessoas não alfabetizadas. 3% (17) estão na categoria “outros” que corresponde a pessoas semianalfabeta, ensino superior completo, ensino superior incompleto e ensino técnico. Os dados levantados não apontam, o que o censo levantou, quanto ao acesso as políticas educacionais naquele momento.

Faz-se necessário reafirmar que os dados indicam apenas um serviço que assiste essa população em apenas um setor que podem ocupar enquanto

espaço de acesso, neste caso um dispositivo da rede de Assistência Social destinado ao público. Os dados não contemplam amplamente aquilo que as contagens oficiais poderiam nos proporcionar, se houvesse a inclusão e desenvolvimento periódico dessa contagem. As ausências delas limitam no atuar de forma a contemplar a população baseada na equidade, podendo assim reconhecer e direcionar sobre quais necessidades, quantitativos e de acessos que esta população necessita.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (2022), vem publicando periodicamente estimativas da PSR no Brasil, e a última publicada em 2022, busca fazer uma estimativa entre 2012-2022. Estima-se assim que existam 281.472 pessoas em situação de rua no Brasil, estando esta estimativa apresentando um aumento de 38% em comparação com a estimativa de 2019 e superior à 211% superior ao ano inicial da estimativa, em 2012. O IPEA (2022) aponta que o crescimento significativo entre 2021 e 2022 se dá em virtude do aumento dos registros junto ao Cadastro Único, programa da assistência social que serve como base para identificação de pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade. Os números dos registros pelo Cadastro Único podem talvez não contemplar o número aproximado real desta população em virtude da extrema subnotificação desses dados, tendo em vista que grande parte da PSR não acessa programas governamentais (Paiva; Guimarães, 2022).

Em um outro contexto em que as “garantias” são ainda insustentáveis e frágeis no que diz respeito a serviços e ações direcionadas à PSR, Lemões (2022) nos descreve em seu artigo etnográfico a experiência violenta e contraditória com o objetivo de um evento ocorrido em outubro de 2015. Na ocasião, ocorria o III Encontro Nacional do Movimento Nacional da População em Situação de Rua, com objetivo de fortalecer o protagonismo da população de rua. Ao chegarem no evento, que aconteceu em Brasília em um Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua - Centro-Pop (mesmo local em que ficariam alojados), vindos de Porto Alegre, percebeu-se que não havia acomodações para todos, levando as pessoas a dormirem sobre papelões no espaço externo da instituição, entre os ônibus estacionados.

O autor aponta que apesar dos desconfortos da falta acomodação e dificuldades com relação a higiene e privacidade, nada foi mais desconfortável do que o fato de haverem seguranças privados contratados para a segurança do local durante o evento, incumbidos de manter o espaço intransitável após às 22h. Para

muitos daqueles que participavam do evento, a presença dessas figuras, com armas na mão e um olhar constantemente desconfiado, historicamente repressiva e violenta com a figura da PSR, acabou sendo incômoda. Esse desencontro entre um evento voltado diretamente para o público e a forma como são tratados, nas palavras de Lemões (2022, p. 205) apontam para “o modo como o discurso dos direitos e certas práticas desumanizadoras mantêm relações perversas e conturbadas”.

No descanso do intervalo do almoço, se desenrolou de violência por parte da Polícia Militar junto com os participantes do evento, onde viaturas policiais chegaram para revistar alguns participantes do evento. Com o acaloramento da situação, o confronto entre a polícia e os participantes foi inevitável, apesar das inúmeras tentativas de apaziguar. O autor descreve que na tentativa de se proteger dos constantes jatos de spray de pimenta, presenciou três cenas simultâneas da violenta ação policial, na primeira viu uma senhora de 60 anos, com dificuldades de locomoção devido a um problema recente no joelho foi violentamente atingida por fortes golpes de cassetete nas coxas; em outra situação viu um psicólogo e apoiador do movimento sendo imobilizado e agredido no rosto também com um cassetete, e em outra situação viu um jovem negro sendo atingido na cabeça, caindo inconsciente ao chão. Nesta situação, muitos participantes do evento ficaram machucados, sujos e com as roupas repletas de sangue, o psicólogo agredido recebeu voz de prisão, o rapaz que caiu inconsciente foi socorrido pelos próprios participantes.

Essa violência institucional estruturada, mesmo em um evento voltado para o público em um serviço público voltado para essa população é transcrito na fala de um dos participantes que é o título do artigo de Lemões (2022) que diz “a mão que ajuda é a mesma que agride”. Brito (2022) a disseminação da associação direta entre a pobreza e a violência e o perigo e que esses corpos devem sofrer sanções e truculências diretas por parte da força de segurança pública constrói historicamente subjetividades que nos discursos da elite brasileira, desde o final do século, ao constituírem o dispositivo da periculosidade, diretamente relacionada à figura do pobre.

Essas pesquisas, até o momento citadas, não têm como percurso teórico- metodológico a fenomenologia. Destaco assim que a presente pesquisa será norteadas pelo método fenomenológico de pesquisa e pelo referencial de

discussão gestáltico, e buscar-se-á com isso, um olhar suspensivo e aproximado para o fenômeno estudado, conforme exige o método aqui proposto.

2.3 Apontamentos teóricos norteadores

A crítica de Husserl a simplificação de fenômenos complexos e diversos a fatos simplistas dado pelas ciências naturais e positivistas e de concepções psicologistas que compreendem o que é dado pelo viés intrapsíquico, culmina para o desenvolvimento de um método de rigor que traz em si conceitos e contribuições importantes e distintos para a realidade de crise vivenciada na época. Dos apontamentos de Husserl, o conceito de consciência é de se conceber este fenômeno não como ato psíquico, interno, fechado em si, mas de que consciência é intencionalidade, ou seja, consciência é intentio, “dirigir-se a” algo (Guimarães, 2013). Sendo assim, no que se refere ao fenômeno, para a fenomenologia, é aquilo que se mostra a consciência, que só aparece e é evidenciado em interação da consciência com o mundo, enquanto correlatos, conforme no diz Guimarães (2013).

Neste mesmo viés encontra-se a concepção de percepção, que não mais se diz de algo intrapsíquico, mas enquanto função da relação consciência-mundo ou consciência-objeto enquanto intencionalidade, pois como nos diz o autor supracitado

A percepção será sempre percepção de alguma coisa, seja essa coisa real – o livro que está diante de mim – seja ela ideal ou fictícia – as linguagens lógico-matemáticas ou as criações imaginárias. Ao perceber, sempre percebo algo, ainda que os mecanismos da minha percepção estejam embotados por distorções fisiológicas. [...] O perceber integra a vida da pessoa humana. Vivemos orientados pela percepção. Ou seja, a percepção é o caminho da realização da nossa existência. (Guimarães, 2013, p. 140- 141).

A fenomenologia busca o retorno às “coisas mesmas”, ou seja, aos fenômenos em sua pureza, tal como eles se manifestam, sem teorizações, explicações ou tipificações *a priori*. Dessa forma, nossa percepção de mundo, sob uma perspectiva fenomenológica, se envolve com as “coisas” em si e não com os fatos, como ocorre nas ciências naturais. Em sua intencionalidade perceptiva, a fenomenologia compreende os fenômenos em suas múltiplas possibilidades, distanciando-se da visão simplista característica das ciências naturais. Conforme aponta Husserl, a fenomenologia é uma ciência do vivido e, como tal, busca compreender o “estado das coisas”. Guimarães (2013) ressalta a importância de

evidenciar as coisas percebidas, suspendendo os *a priori*, para que a compreensão não se restrinja ao mundo do objeto nem se limite às percepções imediatas e dadas sobre ele.

Neste sentido, o objeto de estudo da Psicologia Fenomenológica é a vivência intencional, no sentido da experiência humana, a partir da elaboração e vivência do sujeito no mundo da vida. Para alcançar essa pureza dos fenômenos tal qual se mostram para nós, devemos fazer, conforme evidência Ales Bello (2006), uma série de operações, haja a vista que nem sempre compreendemos de imediato estes fenômenos em seus sentidos dados em si, de tudo aquilo que se manifesta em nós.

Para isso, Husserl propõe a redução fenomenológica, que consiste em três momentos para que se busque o sentido das coisas. Conforme descrito por Guimarães (2013), no primeiro momento, há a redução psicológica, ou seja, é tida como o início da conversão ao pensar fenomenológico, buscando assim pôr “entre parênteses” as crenças, valores, explicações predeterminadas ou justificativas diretivas sobre determinado fenômeno que se mostra, voltando-se assim para as coisas mesmas. No segundo momento, há a redução eidética, (*eidōs* = essência ou ideia), que para além das puras manifestações, neste momento do processo de redução fenomenológica, faz-se a descrição dos fenômenos que anteriormente foram observados tal qual se mostravam, para tanto, os objetos do mundo são reduzidos às suas essências. No terceiro momento deste processo, há a chamada redução transcendental, onde o que anteriormente foi desvelado, agora é evidenciado ao nível da consciência transcendental, do “eu penso” enquanto evidenciação percebida e intencionada a partir do próprio mundo da vida (Guimarães, 2012).

Essa explanação dos conceitos e do método fenomenológico orienta o caminho a ser seguido para a compreensão dos fenômenos que se busca estudar, permitindo perceber e evidenciar, tal como se manifestam, as vivências e o mundo da vida dos sujeitos investigados. O objetivo é compreender o vivido por esses indivíduos, suspendendo temporariamente o conhecimento prévio, o percurso teórico-metodológico e os pressupostos das políticas e leis vigentes, a fim de aproximar-se da experiência e dos atos intencionais desses profissionais. Para isso, adota-se a proposta do método fenomenológico empírico de Giorgi (Giorgi; Sousa, 2010).

Influenciada pela fenomenologia, a Gestalt-terapia emerge como uma forma de atuação clínica aplicável em diversos contextos, como o clínico, social, escolar, hospitalar, saúde coletiva e saúde mental. Sua prática mostra-se relevante também para o desenvolvimento de estratégias de atuação e intervenção junto à população em situação de rua. Assim, a fenomenologia constitui a base para uma compreensão não apriorística do ser humano, evitando classificações rígidas que limitam o potencial criativo e a saúde das pessoas.

3 O CONSULTÓRIO NA RUA E A INSERÇÃO DO PSICÓLOGO EM CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE

3.1 Um breve histórico da Atenção Primária em Saúde e a Constituição da Política Nacional de Atenção Básica

Como já foi supracitado, a PNPSR, é um marco importante para PSR que tem, através de um instrumento legal, a possibilidade de haver políticas públicas voltadas para as suas necessidades. Entretanto, conforme já citado, há várias fragilidades e ausências de direcionamento desta política que por si só, encontra-se desarticulada, apesar das indicações de garantias de acessos, a outras políticas públicas que contemplem essa inclusão destas pessoas.

No setor da saúde, um dos campos que a PNPSR objetiva garantir o acesso dessas pessoas, há um marcador importante que começa a construir um dispositivo que se volta para os cuidados com essa população específica. Esse é o campo importante na assistência e cuidados voltados para essa população, porém, faz-se necessária a discussão de que forma o dispositivo criado para o cuidado no setor saúde para essa população se dá historicamente, a partir de apontamentos históricos para a constituição de um sistema de saúde que, a partir de sua organização, universalização e espaço democrático passa a contemplar a PSR, na atenção primária através das equipes de Consultório na Rua (CnaR).

Matta e Fausto (2007) nos apontam que a ideia de se utilizar a APS nos sistemas de saúde se deu pela primeira vez em 1920, proposto pelo chamado Relatório de Dawson, um marco importante para as primeiras projeções de um horizonte de futuro que atualmente se sistematiza de forma mais solidificada. A proposta deste relatório era a de mudança do funcionamento estrutural do sistema de saúde da Inglaterra, que era pautado no modelo flexineriano americano que priorizava os cuidados de cunho curativo, fundado num modelo biológico e de atenção individual, bem como da busca de redução de custeio elevados que a centralidade nestas formas de cuidado acarretava para o Estado naquele período (Matta; Fausto, 2007; Portela, 2017).

O relatório propunha a criação de centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares seriam organizados de forma regionalizada, aproximando-se dos locais onde os fenômenos de

adoecimento ocorriam, cabendo aos médicos com formação generalista a resolução desses casos, configurando-se, assim, como a porta de entrada prioritária para o sistema de saúde. Quando esses problemas de saúde não pudessem ser resolvidos nesse nível, o encaminhamento seria feito para os centros de atenção secundária, que contariam com especialistas de diversas áreas da medicina, ou para os hospitais, em casos de necessidade de internação ou cirurgia (Matta; Fausto, 2007; Portela, 2017). Essa proposta se caracteriza pela hierarquização dos níveis de atenção à saúde, primário, secundário e terciário, modelo que influenciou diversos sistemas ao redor do mundo, incluindo a organização dos níveis de atenção e assistência à saúde no Brasil, conforme será citado posteriormente (Matta; Fausto, 2007; Giovanella; Mendonça, 2012).

Os autores destacam duas características básicas da atenção primária. A primeira é a regionalização dos serviços de saúde, que descentraliza os atendimentos, aproximando-os das diferentes regiões de um território nacional, considerando as bases populacionais e possibilitando a identificação e o cuidado em saúde de acordo com a realidade de cada localidade. A segunda característica é a indissociabilidade entre as ações de cuidados curativos e preventivos em saúde (Matta; Fausto, 2007). Essas características são fundamentais para a organização do sistema de saúde brasileiro, tanto pelo princípio da equidade na regionalização quanto pela transição de um modelo hospitalocêntrico e curativo para um modelo preventivo, voltado à promoção, proteção e recuperação da saúde. Essa mudança contribui para a resolutividade das demandas comuns de saúde nas unidades de atenção primária, além de reduzir os custos com procedimentos e o uso de recursos tecnológicos em níveis mais complexos de cuidado.

Entretanto, a aceitação e execução do proposto pelo documento não se deu imediatamente em virtude da resistência do corpo médico da época, porém anos mais tarde essas propostas fundamentadas nos sistemas de saúde ingleses, culminaram na criação do primeiro nível de atenção na Inglaterra, a partir da criação do *National Health Service* (NHS), em 1946, que era constituído por médicos generalistas que atuavam em seus consultórios, dedicando-se exclusivamente ao NHS. Já os centros de saúde, só vieram a ser difundidos na década de 1960, a partir da construção de diversos destes centros na Inglaterra, tendo como profissionais de saúde, empregados governamentais como enfermeiras, visitantes domiciliares, assistentes sociais e os médicos generalistas, que ainda que sendo

profissionais autônomos, passaram a dar consultas nestes espaços de saúde e a trabalhar junto a equipe (Giovanella; Mendonça, 2012).

Nesse contexto, nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, os modelos que foram difundidos foram diferentes dos centros de saúde, limitados aos serviços preventivos, onde se separava as funções clínicas da saúde pública, tendo o foco da assistência focada prioritariamente nas ações preventivas e, quando houvesse necessidade, eram encaminhados para os ambulatórios de hospitais. Inspirado pelo modelo de centros de saúde como instituição exclusivamente pública difundidos entre as décadas de 1930 e 1940 pela Fundação Rockefeller, o Brasil criou centros de saúde e unidades de Serviço de Saúde Pública (SESP), porém o modelo vigente na época ainda era excludente, não incluía dentre seus públicos atendidos os pobres, que dependiam da assistência dos ambulatórios dos hospitais filantrópicos, como as Santas Casas de Misericórdia (Giovanella; Mendonça, 2012).

Frente às diversas mudanças e reestruturações em contextos mundiais nos países e em instituições importantes, que predominavam os governos social-democratas em países europeus, como no caso das mudanças na diretoria da Organização Mundial da Saúde (OMS), as críticas aos modelos biomédicos, o fim de períodos de ditadura na Espanha e em Portugal, movimentos de libertação das colônias africanas e as iniciativas de movimentos de democratização de países latino americanos, que dentre as diversas reivindicações, questionavam os modelos de atenção à saúde estadunidense, hegemônico a época, que se pautava numa especialização progressiva e elitismo médico, dentre outras mudanças (Giovanella; Mendonça, 2012), favoreceram para que em 1978 um marco histórico para a atenção primária à saúde ocorresse. Organizada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde realizada em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão, que na época era uma das repúblicas da antiga União Soviética, traz a definição de cuidados em atenção primária de saúde como sendo

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da

família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (Brasil, 2002, p. 1).

A concepção que a declaração de Alma-Ata nos dá sobre a APS nos dá o parâmetro para o desenvolvimento de uma política pública mais aproximada da realidade territorial de cada contexto, de forma aproximada das pessoas e famílias no convívio comunitário, com participação plena nos serviços de saúde, tendo como objetivo ser preferencialmente o primeiro nível de contato das pessoas com o sistema de saúde. A participação comunitária e democrática tanto de pessoas quanto dos saberes se faz estruturais nos moldes da estruturação da APS, para contrapor o elitismo do médico e tecnologias avançadas nesses contextos, os saberes de curandeiros e parteiras são integrados a este nível da atenção (Giovanella; Mendonça, 2012).

A declaração de Alma-Ata recebeu duras críticas das agências internacionais, dada ao que se dizia ter proposições muito abrangentes e pouco resolutivas. Num contexto mundial vivido no passado de crise econômica, governos autoritaristas e de pouca abertura, a proposta apresentava resistência de alguns países e agências. Porém, é inegável a importância da declaração e suas reverberações, dentre eles o Movimento para Saúde dos Povos, que em sua carta produzida após evento realizado em Bangladesh, que pressiona os governos para incorporarem em suas constituições e legislações saúde e direitos humanos, implantarem políticas sociais mais abrangentes e que incluam nesse processo a participação social e que garantam direitos sociais e humanos.

A carta defende a atenção primária à saúde integral, conforme os preceitos da carta de Alma-Ata, que garanta o acesso universal e equitativo independente da capacidade de pagamento de cada pessoa em um sistema democrático, que desmistifique as tecnologias médicas e de saúde, inclusive de medicamentos, havendo a necessidade de submissão às necessidades de saúde dos povos e não aos interesses econômicos do complexo produtivo de saúde (Giovanella; Mendonça, 2012).

No contexto geográfico da América Latina, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 2003 seguindo as iniciativas da OMS, aprovou uma resolução que insta os seus Estados-membros a adotarem as diversas recomendações para o fortalecimento da APS, culminando assim em 2005 na divulgação de um documento de posicionamento nominado como “Renovação da

Atenção Primária em Saúde nas Américas”. Este documento defende a necessidade de que se propague uma atenção universal e abrangente por meio de abordagens integradas e horizontal para os desenvolvimentos dos sistemas de saúde, sendo os cuidados orientação à qualidade, com foco na promoção e prevenção em saúde, na intersectorialidade, na participação social e sob a responsabilidade dos governos (Giovanella; Mendonça, 2017).

No que diz respeito ao Brasil, a adesão a proposta de atenção primária à saúde entrou em debate da agenda de reforma setorial em meados de 1970, seguindo o movimento internacional sobre a temática, entretanto a vinculação da saúde pública do Brasil como função do Estado se consolida na década de 1930.- Porém, antes mesmo desse período já havia movimentos na tentativa de implementação de serviços de saúde que poderíamos hoje denominar de atenção primária à saúde. O movimento de criação de Centros de Saúde Escola em 1920, proposto por Paula Souza em São Paulo tinha como intuito a ação integral com ênfase na educação sanitária e promoção da saúde. A proposta à época era inovadora, pois naquele momento histórico as ações de saúde pública tinham caráter provisório e tinham como princípios fundamentais de ações as campanhas contra doenças epidêmicas (Lavras, 2011).

Giovanella e Mendonça (2017) nos apontam o início dos serviços de saúde com atenção de caráter curativo e individual, voltados para aqueles que trabalhavam, sendo ainda excludente para a maioria da população. Criada a partir da Lei Eloy Chaves, as Caixas de Aposentadorias e Pensões, que visava pensões em caso de acidente ou afastamento do trabalho por doença e uma futura aposentadoria e os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS), criados no Estado Novo de Getúlio Vargas, sendo este a resposta do Estado frente as reivindicações dos trabalhadores no contexto de industrialização e urbanização brasileira, acentuando-se o componente de assistência médica, seguiam o modelo de seguros sociais, ou seja, não era acessível e disponível a todos (Paim *et al.*, 2011).

Na década de 1940, foram criados os Serviços Nacionais de Saúde, voltados para doenças específicas como malária, hanseníase, tuberculose, dentre outras, e o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp). O modelo Sesp, inspirado e vinculado aos modelos de medicina preventiva americano junto a Fundação Rockefeller, tinha como prática dos seus programas os serviços preventivos e curativos que incluíam desde as campanhas sanitárias, a assistência domiciliar e

até a assistência médica ambulatorial, respaldadas em desenvolvimento científico e tecnológico limitado (Matta; Fausto, 2007; Giovanella; Mendonça, 2012).

A participação das universidades no desenvolvimento de suas práticas na década de 1970, em especial da medicina comunitária tem papel fundamental na história da APS no Brasil. Os atendimentos médicos pelas escolas de medicina, em especial pelas suas cadeiras de medicina integral, preventiva e comunitária, a partir da criação do Departamento de Medicina Preventiva, vinculado as escolas de medicina. As experiências de medicina comunitária faziam parte dos programas de formação médica e associadas as iniciativas voltadas para a interiorização da medicina que se desenvolveram em diversos municípios brasileiros, dentre eles Campinas, Niterói, Londrina, Pelotas, Montes Claros, Teresina, São Luís, Sete Lagoas e aos poucos foram se expandindo para outros municípios (Matta; Fausto, 2007; Lavras, 2011; Giovanella; Mendonça, 2012).

As formas como as práticas de saúde se desenvolviam respondiam no Brasil à necessidade marginais ainda distintas na década de 1970, onde buscava-se a interiorização dos serviços de saúde, hierarquização e regionalização de atenção médica, abrindo assim o debate maior sobre a APS, fazendo coro ao suporte recebido das decisões políticas da já citada conferência de Alma-Ata. Frente a isso, o governo federal editou um programa nacional de extensão da cobertura da saúde em todo o país, através do chamado Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), em 1978. O Piass tinha como objetivo de suas ações de saúde o uso de tecnologias simples, com a ampla utilização de pessoal auxiliar e agentes de saúde residente nas comunidades, bem a destinação de recursos para a construção de unidades básicas de saúde. A proposta inicial do programa era seletiva, voltada em especial para as regiões mais pobres do país, tendo o nordeste como sua principal área de atuação (Matta; Fausto, 2007; Lavras, 2011; Giovanella; Mendonça, 2012).

O Piass, apesar de sua característica seletiva teve papel fundamental na redefinição da política de saúde do país, se mostrando um modelo alternativo ao modelo hegemônico da época, ele investiu nas ações descentralizadoras, partilhando junto a estados e municípios a construção e manutenção de redes de saúde regionalizadas e hierarquizadas, tendo a atenção primária como porta de entrada e estimulando a integração dos serviços de saúde em diferentes níveis de atenção (Matta; Fausto, 2007).

A sequência proposta ao Piass, buscando superar as características seletivas do programa, em 1981 foi editado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - Prev-Saúde que tinha como objetivo principal uma política de extensão de cobertura dos serviços de saúde para todo o território nacional. Os autores dizem (Matta; Fausto, 2007) que o Prev-Saúde era uma tentativa de reedição do Piass, porém com maior extensão de sua cobertura, em uma versão universal dos serviços de saúde, prevendo a expansão da rede pública de saúde de forma descentralizada por intermédio dos estados e municípios, integrando a rede de serviços básicos de saúde e as demais ofertas de serviços em outros níveis de atenção, tanto nos serviços previdenciários quanto nas demais instituições de saúde pública.

Apesar da idealização e consenso na formulação do Prev-Saúde no ponto de vista prático do programa, sua efetividade e avanço não aconteceu como esperado. O contexto neste momento de crise na previdência social afetou a base política nacional de saúde, ocasionando medidas institucionais de caráter transitório, motivadas a época pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - Inamps, foram propostas, na década de 1980, as Ações Integradas de Saúde (AIS) e em seguida o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) (Matta; Fausto, 2007; Lavras, 2011; Giovanella; Mendonça, 2012).

As AIS tinham como proposta a organização dos serviços básicos nos municípios com base nos convênios entre as três esferas de governo, e o SUDS, tinha como principais objetivos a universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde, integralidade dos cuidados assistenciais, descentralização das ações de saúde, implementação de distritos sanitários, sendo também o começo dos repasses do Governo Federal para estados e municípios ampliarem suas redes de serviços de saúde, tendo nesse momento da história da política de saúde do país, prenúncios que foram importantes para a criação do SUS (Matta; Fausto, 2007; Lavras, 2011; Giovanella; Mendonça, 2012).

A ampliação da agenda e dos avanços da Reforma Sanitária proposta pelo Movimento Sanitário, no momento de redemocratização do país teve um marco importante para a continuidade das mudanças que haviam acontecido até aquele momento. A VIII Conferência Nacional de Saúde que aconteceu em 1986 foi a primeira conferência aberta para o público, contando com mais de quatro mil participantes de onde saíram princípios e diretrizes a serem incluídas no texto

constitucional que trata sobre a temática, dentre estes o princípio da saúde como um direito de todos e como um dever do Estado, buscando assim um modelo de proteção social mais abrangente, justo, equânime e democrático.

Por meio da Constituição Federal, as bases legais do SUS foram fixadas, seguindo assim os princípios e diretrizes da universalidade, onde todos têm direito a acessar os serviços de saúde, a descentralização, que é o processo de compartilhamento de responsabilidades de gestão dos serviços de saúde entre as esferas estaduais e municipais, a integralidade da atenção, que é a busca de garantir ao indivíduo e à comunidade a assistência à saúde que transcenda a prática curativa, contemplando esses atores em todos os níveis da atenção à saúde e sem desconsiderar o contexto no qual essas pessoas estão inseridas. A resolutividade é o princípio que busca a garantia de que, quando a pessoa busca atendimento ou quando um problema de impacto coletivo sobre a saúde ocorre, o serviço correspondente possa enfrentá-lo ou resolvê-lo, de acordo com a complexidade e o nível da atenção. A humanização do atendimento é a valorização e o respeito aos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. O princípio da participação social é a participação de sujeitos e da comunidade no processo de produção e implementação da política de saúde em todas as esferas governamentais, por meio dos conselhos de saúde e das conferências de saúde (Matta; Fausto, 2007; Lavras, 2011; Paim *et al.*, 2011; Giovanella; Mendonça, 2012; Torres *et al.*, 2012)

O início das discussões do SUS a partir da Constituição Federal se deu principalmente nos campos da descentralização e do financiamento. O tema era caro para a época, haja a vista o período que acompanha conjuntamente a redemocratização do país, crise econômica e a tensão advinda do projeto neoliberal da época, em virtude da redução dos gastos públicos em saúde via mercado (Giovanella; Mendonça, 2012).

A ausência de discussão à época sobre a organização ou reorganização da atenção à saúde fez prevalecer os modelos de assistência e cuidado centralizado, favorecendo os serviços hospitalares de caráter curativo, ações nas esferas ambulatoriais, seguindo a lógica de produção do ato médico que favorecia consultas médicas especializadas, recursos diagnósticos e terapêuticas de serviços com custeio mais alto via mercado, desfavorecendo ações da atenção básica de promoção e prevenção de saúde com recursos de baixa tecnologia, porém não menos efetiva (Matta; Fausto, 2007).

No ano de 1991, o Ministério da Saúde em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde, institucionalizou Programa de Agendas Comunitários de Saúde - PACS inicialmente nas regiões Norte e Nordeste do país, em áreas rurais e periurbanas. Giovanella e Mendonça (2012), quando tratam deste assunto trazem que a necessidade a ser atendida pelo programa diz sobre as epidemias de cólera e das demais formas de desenteria, focando na reidratação oral e na orientação à vacinação. Porém, Barros *et al.* (2010) trazem que o surgimento do PACS se deu com objetivo de reduzir os alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna à época, inicialmente no Nordeste do país, em virtude da ausência de cuidados pré-natal e assistência adequada. As duas formas de cuidado e ações são importantes e os serviços rotineiros prestados pela APS. A contratação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) se deu através de processo seletivo onde eles ficavam subordinados as unidades básicas administradas pela Fundação Nacional de Saúde (FNS) e eram supervisionados por enfermeiros.

Já em 1994, o Ministério da Saúde cria o Programa Saúde da Família - PSF, proposta que busca uma forma alternativa do modelo tradicional da época, apoiando-se em práticas integrais na atenção básica vinculando-se à comunidade, rompendo com a forma tradicional o modelo de saúde centrado na busca pelos usuários pelo serviço, sendo esta proposta o contrário, aonde o serviço vai até o usuário, famílias e comunidades. Os ACS passaram a ocupar lugar estratégico nessa forma no fazer da saúde junto ao PSF, sendo este o elo entre a comunidade e o serviço de saúde (Barros *et al.* 2010). O PACS e o PSF surgem com o objetivo de ampliar a interiorização pregressa inicializada, buscando fazer com que os municípios, em especial os pequenos, assumissem alternativas de organização da atenção em âmbito local. O PSF, embora não conste oficialmente em registros quanto a sua característica de programa seletivo, sua implementação se deu prioritariamente em áreas de maior vulnerabilidade social, tendo como base para essas escolhas o mapa da fome produzido pela Comunidade Solidária (Matta; Fausto, 2007; Barros *et al.* 2010; Lavras, 2011; Giovanella; Mendonça, 2012).

As estratégias pensadas até o momento (PACS e PSF) ganharam forte incentivo através da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB) SUS 01/96, onde se abre a discussão entorno do modelo de atenção à saúde a ser construído, trazendo em seu texto a caracterização do primeiro nível de atenção e define financiamento específico para esta área da política. Posteriormente a esses avanços institucionais e normativos, a Saúde da Família passa a ganhar

características não mais de um programa, mas sim como uma estratégia, dando a APS caráter mais abrangente. A concepção primária da Estratégia Saúde da Família preconiza equipes de saúde de composição multiprofissional onde o trabalho se dá em território definido com população adscrita cadastrada e acompanhada em suas residências.

A NOB SUS 01/96 também trouxe a adoção do termo atenção básica para a política de saúde, substituindo a até então utilizada atenção primária, por questões ideológicas levantadas em virtude de o termo anterior ser utilizado por organizações internacionais em que nelas prevaleciam os modelos de atenção seletiva. Para que se rompesse com essa perspectiva e forma ainda excludente de assistência, alinhando-se ao que precavia o texto constitucional, adota-se então o termo atenção básica, sendo este o termo utilizado desde então desde a primeira até as subsequentes versões da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Em sua primeira versão, a Política Nacional de Atenção Básica de 2006 traz em sua caracterização como

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2006, p. 10).

A PNAB 2006 ampliou o escopo e a concepção da atenção básica em saúde, colocando este nível de atenção como a porta de entrada preferencial no SUS e ponto de estruturação para as redes locais de saúde. Altera as funções das unidades básicas de saúde em suas diferentes modalidades, com ou sem ESF e reconhece a Saúde da Família como estratégia prioritária de organização da atenção básica, de acordo com os preceitos do SUS (Brasil, 2006; Melo *et al.* 2018).

A PNAB 2006 tem papel importante na estruturação e mudanças organizativas da atenção básica, entretanto é somente na Política Nacional de Atenção Básica de 21 de outubro de 2011 é que o Consultório na Rua figura como equipe de atenção básica para populações específicas, bem como, com

estruturação da rede de saúde em seus três níveis de atenção e assistência à saúde, conforme estabelece as diretrizes para a Rede de Atenção à Saúde - RAS (Brasil, 2010; Brasil, 2011).

A RAS é assim definida como “[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado [...]” (Brasil, 2011, Seção I, p. 89), e tem como objetivo promover a integração sistêmica, através de ações e serviços de saúde, buscado assim a oferta de uma atenção e cuidados continuada, integral e de qualidade, responsável e humanizado e pela equidade. Para isso, busca pautar-se no formato de relação horizontal, entre os diversos pontos de atenção, tendo sua centralidade e porta de entrada a APS pelas suas características aproximada da comunidade, atenção integral e multiprofissional e pela função resolutiva e dos cuidados primários de problemas mais comuns da saúde, buscando a partir deste primeiro contato, realiza e coordena o cuidado de todos os pontos da atenção (Brasil, 2010).

Tendo lançado mão assim deste importante nível de atenção à saúde, organizativo e, prioritariamente, primário de contato do usuário, é aprovada assim a PNAB, que é caracterizada como

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. [...] É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral (Brasil, 2011, Anexo A, seção I).

Como citado, é somente na PNAB de 2011 que as equipes de CnaR são criadas e definidas, a qual dedicarei espaço específico no desenvolvimento do texto.

3.2 Consultório na Rua: da política à assistência

A PNAB 2011, no início da descrição da equipe de CnaR chama atenção para algo importante de sempre ter como parâmetro em qualquer nível de atenção da rede de saúde, a de que a assistência, atenção à saúde da população em situação de rua é de todo e qualquer profissional do SUS, deixando claro que, apesar de haver uma equipe voltada para a aproximação do cuidado desses usuários com os serviços de saúde, esses não são os únicos responsáveis pelo cuidado dessa população. O CnaR surge com o objetivo de ampliar o acesso dos usuários à rede de atenção à saúde, sendo porta de entrada para as PSR no sistema de saúde, onde em teoria deveria propiciar abertura para atenção integral, propiciando atenção integral, longitudinal, coordenando o cuidado e prestando atenção à saúde da PSR, o que aponta para não restrição do atendimento ao público somente neste dispositivo (Kami *et al.*, 2016). Tanto é responsabilidade de toda a rede que no texto da política há a reafirmação de que, nos municípios em que não há equipe de CnaR, a responsabilidade de atendimento desta população segue sendo das equipes de atenção básica, inclusive dos profissionais de saúde bucal e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2011a).

A Portaria nº 122 de 2011 define as diretrizes de organização e funcionamento do CnaR, e em seu parágrafo único do art.1º nos diz que o CnaR integra o componente da atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), desenvolvendo ações de atenção básica, e assim sendo, deve-se seguir os fundamentos e as diretrizes da PNAB (Brasil, 2011b). As equipes de CnaR são equipes multiprofissionais que desenvolvem suas atividades *in loco* de forma itinerante em veículo das suas respectivas secretarias de saúde, fazendo busca ativa de pessoas em situação de rua, incluindo usuários de álcool, crack e outras drogas. Essas ações devem ser compartilhadas e integradas junto as Unidades Básicas de Saúde e, quando houver a necessidade, direcionadas a outros pontos da rede de saúde, como no caso dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas modalidades, dos serviços de Urgência e Emergência, hospitais gerais, bem como outros pontos da rede (Brasil, 2011a; Brasil, 2011b).

A Portaria apresenta três modalidades de equipes de CnaR, sendo elas, a modalidade I: equipe composta, minimamente por quatro profissionais, sendo 2 profissionais de nível superior e 2 profissionais de nível médio; a modalidade II: equipe composta por no mínimo seis profissionais, sendo eles 3 profissionais de

nível superior e 3 de nível médio; a modalidade III: equipe da modalidade II acrescida de um profissional médico. Os profissionais que poderão compor as equipes de consultório na rua são enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, médicos, agentes sociais, técnicos ou auxiliares de enfermagem e técnicos em saúde bucal (Brasil, 2011b).

Os cuidados do CnaR têm como objetivo de suas ações uma atuação integral à saúde, dada a complexidade das demandas no cuidado desta população, constituindo-se como uma modalidade de atendimento aos diferentes problemas de saúde das pessoas, dada as necessidades característica de cada território, bem como do uso das estratégias de redução de danos (Ferreira; Rozendo; Melo, 2016). Nos desenvolvimentos destas ações com o público assistido, lança mão do uso de tecnologias leves de cuidado, tendo como características destas tecnologias a utilização de recursos relacionais no cuidado que permitem a vinculação pautada na confiança e no diálogo entre as pessoas e os profissionais de saúde, propiciando um cuidado longitudinal pois se constitui através de vínculos, compromisso e responsabilização (Ferreira; Rozendo; Melo, 2016).

A concepção que se coaduna com as tecnologias leves e que se desenvolve no cotidiano do CnaR é a proposta de redução de danos, que tem como princípio da educação para autonomia e não uma imposição da abstinência como único caminho possível de cuidados no uso de substâncias psicoativas. Entretanto, vale ressaltar que a redução de danos não é tão somente uma proposta alternativa à abstinência no cuidado das pessoas em consumo problemático de drogas, mas sim trata-se de um manejo seguro de uma ampla gama de comportamentos de altos riscos e possíveis danos consequente deles. Assim sendo, a proposta de redução de danos não implica em atribuir juízos de valores nos comportamentos, como bom ou ruim, certo ou errado, mas sim de avaliar e cuidar de comportamentos que são seguros ou inseguros e que podem trazer desfechos negativos (Queiroz; Jardim; Alves, 2016).

Em estudo sobre a percepção de usuários e profissionais de saúde do CnaR sobre a redução de danos, Lima e Seidl (2017) apontam com o resultado da pesquisa que a equipe de CnaR reconhece as ações de redução de danos se dá de forma integrada entre a equipe e com a participação dos usuários do serviço, resultam em categorias apontadas pelo estudo, onde há o reconhecimento do consultório na rua junto a redução de danos propiciam acesso ao cuidado, favorecem os vínculos e a escuta, reconhece a necessidade de educação

permanente bem como a necessidade de insumos para o desenvolvimento do trabalho.

Os resultados trazidos pela pesquisa mostram a importância que o CnaR ocupa na garantia de direitos e acesso aos cuidados em saúde, bem como o exercício da cidadania e o direito de existir e acessar direitos. As diversas barreiras para o exercício desses acessos como qualquer cidadão neste país é algo relatado no cotidiano das pessoas em situação de rua e são evidenciadas nas pesquisas junto aos consultórios na rua.

Em uma revisão integrativa do período de 2009 a 2020, em que se buscava analisar o acesso da PSR aos serviços de saúde, Andrade et al. (2022) já apresenta uma constatação que é um desafio também deste trabalho, que é diz da escassez de produções científicas sobre o cuidado da PSR. Os autores trazem duas perspectivas que justificariam essa escassez, em primeiro lugar o de que a PNPSR é recente, o que reafirma a negligência dos serviços de saúde quanto a assistência a esse público, afinal de contas, na ausência da política esse público não era assistido pelos dispositivos de saúde? Estamos falando de uma realidade que não nasce a partir da política, e como já foi supracitada nesta dissertação, trata-se de uma realidade que acompanha o desenvolvimento histórico mundial e no Brasil não é diferente.

O segundo apontamento que os autores fazem (Andrade et al., 2022), é o de que a PSR sofre diariamente na sociedade atos discriminatórios cercado de violências, em especial pelo poder público. Se o poder público que é quem se debruça no desenvolvimento de estratégias e dispõe de recursos através de políticas públicas para as necessidades dos cidadãos brasileiros discrimina e violenta esse público, quem cuida? Quem assiste? Se não há cuidado, não há registro, não há dados de pesquisa. E a quem interessa pesquisar populações vulneráveis?

Andrade et al. (2022) apontam que as barreiras estruturais semelhantes em diversos pontos da RAS dificultam o acesso a essas pessoas nestes diversos contextos, como a exigência de documentos, endereço, dentre outros, mesmo com a Lei 13.714 de agosto de 2014, que assegura o direito de ser não somente assistido, mas também ter a dispensa de medicamentos e produtos de interesse para a saúde nestes serviços mesmo na ausência de destas comprovações.

Hallais e Barros (2015) trazem dizem sobre ações de poder público deixam visíveis as violências estruturais, mas também conferem invisibilidades ao

negarem o direito o pertencimento do sujeito deste grupo social a sociedade, deixando notório o incômodo, devendo estes serem invisibilizados, em seus direitos e reivindicações. As violências e manutenções de segregações estruturais dificultam os acessos e transformações possíveis nestas realidades, para isso, os serviços de cuidado direcionados ao público são fundamentais, pois dão a possibilidade de acesso a direitos e serviços de cuidado que em outros campos vê-se negligenciado.

É importante evidenciar que, apesar de uma política pública que segue diretrizes nacionais, as características de cada território, particulariza os serviços, pois existem formas de acessar, recursos, acessos, vulnerabilidades diversas, o que torna o CnaR igual e diferente de outros. Esse encontro será narrado no próximo tópico, trazendo experiências de São Luís e Macapá, de onde venho e atuei no CnaR.

3.2.1 Caminhos partilhados - Macapá - São Luís

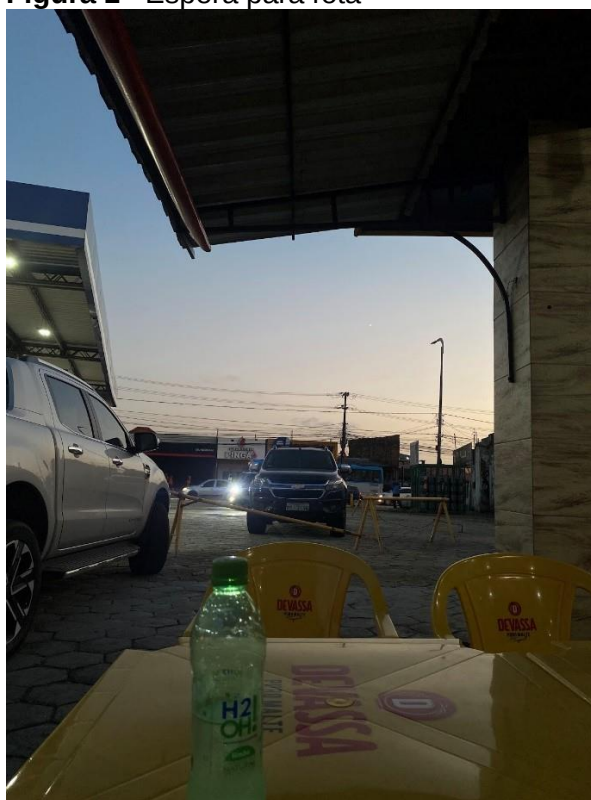
Em 2 agosto de 2023, quando fui até São Luís para coleta de dados da pesquisa, foi-me possibilitado pela coordenadora do CnaR, Nielma Carramilo, a oportunidade de participar de uma rota junto à uma das equipes que desenvolve suas rotas diariamente no turno da noite, pelas ruas, becos, vielas, cracolândias, pontes, praças, espaços abandonados, espaços comerciais, instituições públicas, terminais rodoviários, dentre outros espaços foi de grande importância para a integração com o contexto não somente da cidade, mas da forma como o trabalho, em sua equidade e particularidade, dada a pluralidade de experiências de populações em situação de rua serem diversas num país de dimensões continentais, como é o Brasil.

A oportunidade de experimentar uma realidade que, apesar de semelhante, o de trabalhar numa realidade que venho tendo contato teoricamente e na prática vivida anteriormente, essa oportunidade foi, como pressupõe a fenomenologia, um deixar desvelar-se por si mesmo. Estar em uma cidade que recém cheguei, sem conhecer presencialmente as suas vias, espaços públicos, sistemas de relações e dinâmicas de funcionamento da vida da cidade, como os terminais integrações dos transportes públicos, praças, feiras, viadutos, espaços onde comumente se encontram as pessoas em situação de rua, no momento me deixou inseguro. Caminhar por um solo desconhecido em alguns momentos nos

causam desconfortos, anseios e receios, mesmo que o caminho tenha sido compartilhado com quem já conhece esse solo. Além disso, ainda havia o fato da rota ser noturna em que eu iria acompanhar a equipe ser noturna, o que acabou por exigir um maior cuidado em relação à segurança pessoal e da equipe.

Esse foi um receio de espera, enquanto estava no ponto em que marcamos de nos encontrar, Churrascaria 90 no bairro de Vinhais em São Luís, às 18:15, conforme Figura 1.

Figura 1 - Espera para rota



Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

O primeiro encontro foi com o enfermeiro da equipe, que aguardava no mesmo ponto a chegada do carro para iniciar a rota. Assim que chegou, o enfermeiro logo se integrou ao ambiente, onde era conhecido pelas pessoas presentes, o que contribuiu para amenizar a sensação de estar em um território desconhecido. Éramos os últimos a chegar para completar a equipe daquele dia e, poucos minutos depois da chegada do enfermeiro, o carro destinado à rota chegou. O veículo, um Ford Ka branco, era conduzido pelo motorista e contava com a presença de uma agente social e do psicólogo da equipe – responsável por me orientar e acompanhar durante toda a noite. Esse foi meu primeiro contato direto com ele, após uma troca inicial por aplicativo de mensagens. Os materiais de saúde, como itens para curativos, testes rápidos, medicamentos e demais insumos, já

estavam organizados no porta-malas. Com tudo pronto, seguimos para a rota, a qual pode ser observada na Figura 2.

Figura 2 - Início da rota



Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

O primeiro ponto em que paramos ficava a poucos metros de onde estávamos à espera – um local de acompanhamento diário, conforme informou o psicólogo, devido ao tratamento de tuberculose de uma pessoa assistida pela equipe. Enquanto o enfermeiro administrava a medicação, o psicólogo me deu as primeiras orientações sobre o trabalho dele no CnaR, assim como sobre a atuação da equipe. Ele explicou o processo de diagnóstico e as complicações do quadro que acompanhávamos naquele momento, ressaltando a melhora do estado de saúde e da aparência física do usuário, já perceptível.

A primeira orientação do psicólogo nessa parada foi sobre o papel da psicologia como facilitadora do vínculo entre as pessoas em situação de rua e a equipe, o que é essencial para garantir um cuidado contínuo e próximo. Ele destacou a dificuldade recorrente dessas pessoas em se vincular às equipes de saúde, devido aos frequentes episódios de discriminação e violência vivenciados nesses contextos. A falta de acolhimento, o tratamento hostil e a negação do atendimento por ausência de documentos, pela estética ou pelas dificuldades de

higienização – decorrentes da falta de acesso a espaços de cuidado pessoal – são fatores que dificultam o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde. Por fim, o psicólogo orientou sobre a importância do uso constante da máscara de proteção durante as rotas, considerando os altos índices de tuberculose acompanhados pela equipe, conforme Figura 3.

Figura 3 - Materiais, insumos e recursos



Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

Após essa primeira parada, seguimos pela cidade em busca de outras pessoas em situação de rua. Essas buscas geralmente acompanham o cuidado continuado daqueles que já são assistidos, cujos registros e locais de permanência são conhecidos pela equipe. No entanto, a rota também inclui a busca ativa de novos usuários, seja por meio de indicações de outras equipes de saúde, de pessoas que conhecem o trabalho ou até mesmo dos próprios membros da equipe, que, em momentos fora da função, observaram alguém em determinados pontos da cidade.

Durante o percurso, buscamos tanto novos usuários quanto aqueles já assistidos. Em muitos locais, porém, não os encontramos – apenas os objetos

deixados por eles. Em um desses pontos, procuramos um usuário que costuma permanecer naquela área. No entanto, a dificuldade de localização geográfica do espaço tornou mais desafiador identificar com precisão onde eu estava. Para minha surpresa, nesse novo contexto de busca ativa, deparei-me com uma realidade diferente das que havia encontrado até então em minha experiência em Macapá.

As particularidades de cada cidade e as formas como as pessoas em situação de rua se ajustam ao ambiente causaram em mim surpresa, estranheza e, talvez, esse tenha sido o lugar mais impactante em que realizei uma busca. O registro fotográfico indicava o bairro Anil III, próximo à chamada “Vala da Cohab” – um grande canal de esgoto com odor forte. O psicólogo da equipe explicou que se tratava de uma área próxima a uma estação de tratamento de esgoto e, por ser o “caminho final” do percurso dos dejetos, o cheiro se intensificava devido à maior concentração de resíduos, tornando as condições do local ainda mais insalubres, tal como visto nas figuras 4 e 5.

Figura 4 - Busca pelo usuário



Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

Figura 5 - - Local de abrigo



Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

Esse ponto de busca me fez refletir sobre muitas questões envolvendo a situação de rua, muitas delas reafirmações daquilo que, apesar de discutido, conhecido e discursado por mim, o óbvio em muitos momentos precisa de visualização direta para que se mantenha a consciência de um fato. Digo principalmente do que já discuti anteriormente sobre o desenvolvimento de atividade laboral por essa população. A constante associação de alguns corpos e vivências ligada a ausência de atividade laboral chega de uma forma tão forte como uma verdade única sobre essas pessoas que mesmo que se saiba que não é assim, parece ser surpreendente perceber que alguém não chegou ao lugar que se abriga em virtude de sua atividade laboral, seja ela qual for.

O retorno para a rota em busca de novos usuários continuou em busca dos pontos onde comumente se encontram pessoas já assistidas e novos usuários. O espaço, dentro do carro, era espaço de partilha de vida pessoal e de usuários que por acaso no fluxo de vida se esbarra com os profissionais em suas vidas pessoais, diz-se sobre situações de internações hospitalares, cirurgias, perdas de usuários em virtude do falecimento, dentre outras situações que envolvem o trabalho. A busca continuou encontrando parte da população em diversos contextos e desencontro em outros. Mais um lugar onde não encontramos as pessoas que

buscávamos, mas mais uma vez me chama a atenção, o contexto em que se inserem esses corpos que ocupam espaços, mas não são vistos, ou são vistos como incômodo. Quem pode ocupar sem incomodar os espaços que tantos transitam e ocupam? Quem é acolhido e ouvido nestes contextos? (Figura 6).

Figura 6 - Busca na Integração Cohab/Cohatrac



Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

Na continuidade da rota, o psicólogo e eu partilhamos algumas experiências. Entre elas, compartilhei sobre um público atendido pelas equipes do CnaR de Macapá, mas que não é assistido pelas equipes de São Luís como parte da rota e das ações direcionadas a eles: as profissionais do sexo, que geralmente ocupam o espaço da rua para garantir o sustento próprio e de seus familiares. Nessa troca, o colega mencionou que ainda não haviam pensado nem desenvolvido um cuidado direcionado para essas pessoas, mas que iria compartilhar a ideia com a coordenadora, para que também pudessem ser assistidas, já que se encaixam na descrição da PNPSR.

Outro ponto importante da partilha do psicólogo foi sobre os contextos e situações de violência sofridas por essa população e a ideia de periculosidade associada a eles, evidenciada nas perguntas e preocupações das pessoas ao

saberem sobre o trabalho com esse público. Durante o diálogo, ele relatou que, em diversas situações de atendimento já vivenciadas, as forças de segurança pública costumavam chegar de forma truculenta durante o trabalho das equipes, o que, em algum momento, gerou o receio de que o momento de cuidado fosse associado às ações policiais – como se a própria equipe facilitasse essas ações. Em algumas situações, a equipe precisou até mesmo se proteger. Entretanto, o que o psicólogo pôde perceber foi que, na verdade, a presença da equipe do CnaR, quando em atuação em determinado local do território, contribuiu para reduzir a frequência das abordagens policiais. Ao perceberem a atuação da equipe de saúde, os policiais não paravam mais, apenas observavam.

Outro ponto relevante sobre a ideia de periculosidade diz respeito aos riscos que a equipe corre. Em diálogo com o psicólogo sobre a relação de vínculo e cuidado, ele destacou que um dos resultados desse vínculo é a permissão de acesso da equipe a espaços de uso e venda de drogas, as chamadas “cracolândias”. O psicólogo comentou que, embora a maioria das pessoas tenha receio ou preocupação em relação a esses contextos, talvez esses sejam, para ele, os lugares mais seguros da cidade, pois contam com o aval daqueles que, em situações de possíveis crimes, poderiam representar algum risco à equipe (SIC). Essa permissão decorre do que já foi verbalizado por essas pessoas: como se trata de um serviço voltado para o cuidado e a atenção a elas, existe uma compreensão de cuidado recíproco, para que nada aconteça com a equipe.

Após esse diálogo, enquanto nos dirigíamos a uma cracolândia já conhecida na cidade (pelos moradores), ao chegarmos lá, o “responsável” pelo espaço, ao nos avistar, fez um sinal de “legal” com a mão e verbalizou que “podemos entrar tranquilos”, garantindo o acesso e a segurança da equipe naquele local, como pode ser visto nas figuras 7 e 8.

Figura 7 - Cracolândia do Mercado Municipal da Cohab



Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

Figura 8 - Cracolândia do Mercado Municipal da Cohab II



Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

Durante o momento do acesso, eu estava inseguro em relação aos registros fotográficos – não tanto pelo risco de um assalto, mas principalmente por se tratar de pessoas com quem eu estava tendo contato pela primeira vez, sem

nenhum vínculo prévio que facilitasse o diálogo para obter permissão para esses registros ou evitasse qualquer desconforto que pudesse ser causado. Meu cuidado ao fazer movimentos sutis para capturar as imagens foi percebido pelo colega psicólogo, que, no entanto, associou o gesto ao medo de um possível assalto. Logo, ele me sinalizou que eu poderia usar o celular tranquilamente, pois não haveria risco de ser roubado. O fato é que, em nenhuma das situações em que dediquei minha preocupação e cuidado, fui interpelado ou gerei qualquer desconforto nas pessoas presentes.

Durante o período de busca ativa – especialmente nesse espaço –, o psicólogo da equipe foi me apresentando às pessoas que já eram assistidas por eles e, quanto às que não conhecíamos, fazíamos juntos a aproximação, estabelecendo uma ponte para o vínculo. A receptividade foi algo marcante naquele momento: as pessoas procuravam a equipe em busca de orientações, medicações, testes rápidos e resultados de exames. Em todos os momentos, mostraram-se abertas para me receber, sem qualquer desconforto em relação à minha presença, mesmo não sendo da equipe e estando sem uniforme, ao contrário dos demais membros.

Em geral, as pessoas questionam como se dá o processo de atendimento da PSR. Não há divã, não há setting terapêutico tradicional, não há sala de espera, nem cafezinho, banheiro com essências ou sabonete aromatizado para se higienizar. Contudo, a ausência da forma aprendida de se fazer psicologia ou saúde não significa que não seja possível acolher e cuidar de forma ética. Não ética como um manual de conduta profissional ou um conjunto de princípios morais, mas ética como a morada da diferença – um espaço de acolhimento das formas divergentes, das vulnerabilidades, das dissidências e das vivências do outro. O espaço é o que é possível, quase sempre onde a pessoa está. Foi o caso de um dos assistidos, apresentado na figura 9, que solicitou atendimento à equipe, mas não conseguia se locomover devido a fortes dores abdominais e fraqueza provocada pela ausência de alimentação regular.

O atendimento, de forma geral, ocorre dessa maneira: *in loco*, onde for possível atender, respeitando a discricção necessária para garantir tanto o sigilo das informações de saúde do usuário quanto um cuidado próximo, fundamentado na confiança. Um exemplo disso foi o atendimento a uma demanda específica da ocasião: a comunicação de resultados positivos para infecções sexualmente transmissíveis.

Figura 9 - Atendimento Mercado Municipal I



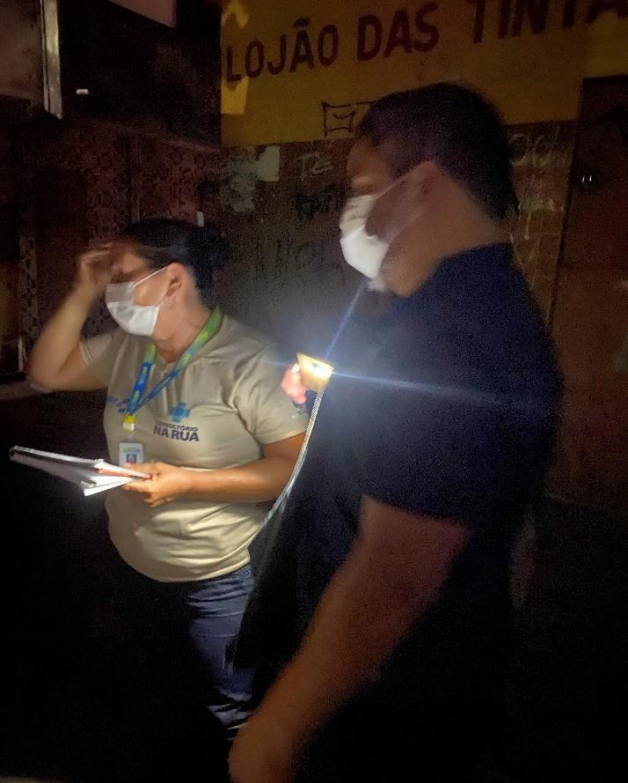
Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

Figura 10 - Atendimento Mercado Municipal II



Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

Figura 11 - Atendimento Mercado Municipal III



Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

Figura 12 - Atendimento Mercado Municipal III



Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

É curioso pensar sobre a busca ativa da equipe em relação aos usuários, quando, no encontro nos espaços onde eles se localizam, são eles que, de imediato,

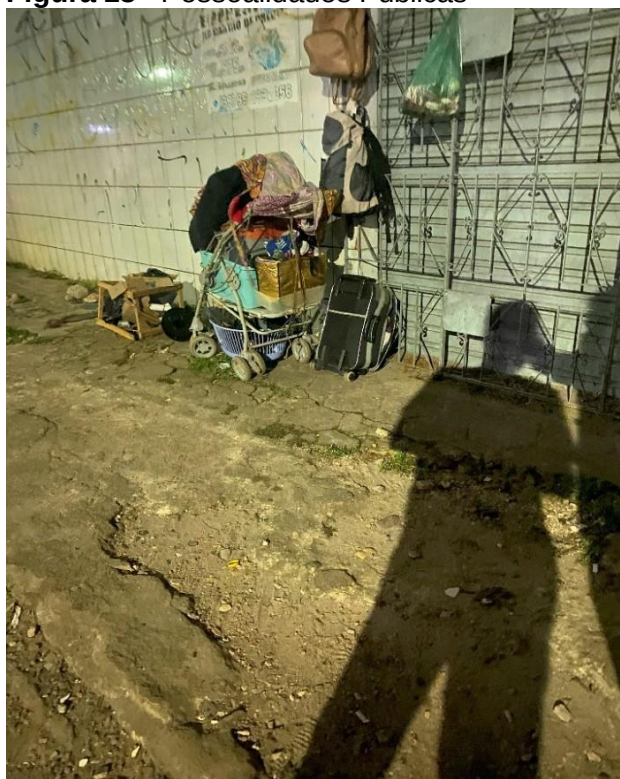
buscam a equipe. A busca parece mútua. As formas de busca podem variar, e muitos dos empecilhos estão justamente na condição de destrato vivenciada por esse público nos serviços de saúde, o que impede um cuidado mais próximo e digno nesses espaços. Quanto aos registros fotográficos, todos os usuários assistidos pela equipe, ao avistarem os profissionais, solicitaram atendimento de forma espontânea, sem que fosse necessária qualquer insistência. Claro que não se pode negar o histórico de vínculo entre a equipe e esses usuários, mas é importante refletir sobre uma afirmação comum entre profissionais de saúde que não atuam no CnaR: a ideia de que essas pessoas são difíceis ou dificultam o cuidado.

É verdade que nem sempre é possível se blindar das ideias preconcebidas que se constroem ao longo da vida. É comum, na história de cada um de nós, ouvir falas que colocam essas pessoas em uma condição de periculosidade ou ameaças do tipo: “Se não obedecer” ou “Se não estudar, vai morar na rua ou debaixo da ponte”. Ao refletir sobre o novo caminho partilhado, não posso negar os momentos de apreensão, resultado da mistura entre o desconhecido de uma nova cidade, o contato com pessoas diferentes e as ideias históricas, em geral associadas a imagens e conceitos negativos sobre essa população – receios que se desfazem quando há o contato com a realidade. Colocar-se à prova e questionar-se enquanto alguém em constante processo de desconstrução, aprendizado e crescimento é necessário, para que não caiamos na ilusão de que, pelo simples fato de termos contato com determinada realidade, estamos isentos de reproduzir preconceitos. É como o caso de quem afirma não ser racista porque tem amigos negros ou não ser misógino porque tem mãe ou amigas, entre outros exemplos.

É essencial reconhecer que essas pessoas têm histórias, vivências e são seres humanos que, fazendo uma analogia, não carregam em bolsas de viagem caras, mochilas de marca ou meios de transporte sofisticados e confortáveis – mas isso não significa que não mereçam respeito pelo que viveram, pelo que são e pelo que continuam a viver. O “trapo”, as “tralhas”, as coisas “sujas” que os transeuntes geralmente apontam ao ver os objetos das pessoas em situação de rua são o pouco que, com muito esforço, elas conseguem conquistar em doações, descartes ou lixeiras. É o que têm, é o que é possível – assim como foi possível chegar até onde chegaram, da forma que chegaram. Cabe a nós (implicando a todos nesse lugar de reflexão) optar entre reproduzir ações e atitudes higienistas e necropolíticas em

relação à bagagem – material e simbólica – que essas pessoas carregam, ou buscar formas mais humanas e respeitosas de compreender e acolher suas trajetórias.

Figura 13 - Pessoalidades Públicas



Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

Seria me ofertado uma outra rota com a outra equipe, porém em virtude das situações mecânicas do carro em que a equipe realiza suas rotas e o final do período em que eu estaria em São Luís para coleta de dados, não foi possível realizá-la.

3.2.2 Dados do Consultório na Rua de São Luís – MA

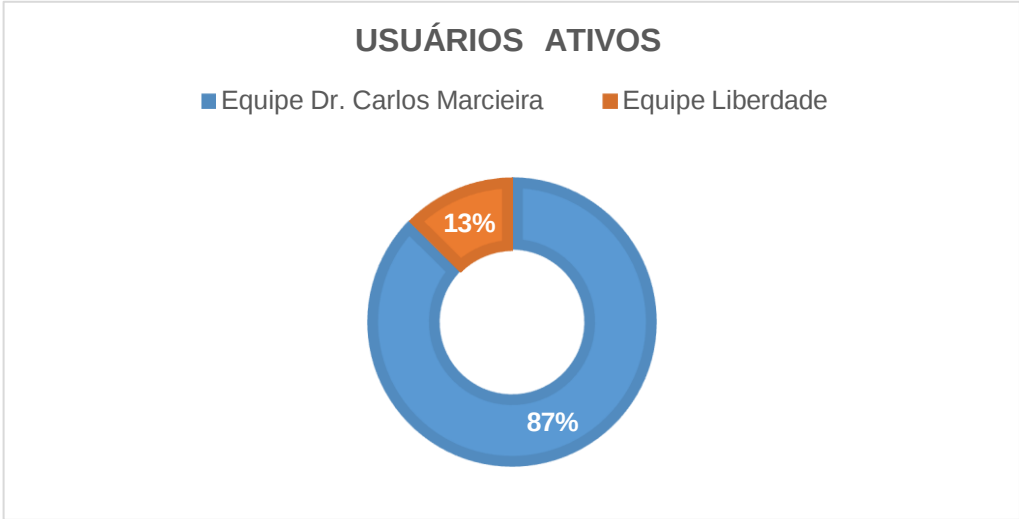
Este trabalho não é fruto de uma pesquisa quantitativa, porém os dados fornecidos pela coordenação do CnaR para compor o material desta pesquisa serão descritos no texto não com o objetivo de fazer análises quantitativas profundas, mas sim como uma caracterização mais de fácil entendimento e visualização das informações a partir dos dados de cadastro e atendimentos do e-sus, sistema de registros de informações da atenção primária em saúde.

Em São Luís, existem duas equipes de CnaR ativas, uma equipe sediada na Unidade de Saúde Dr. José Carlos Macieira, que geograficamente na divisão de

suas atividades fica responsável pela cobertura territorial da região central de São Luís e a equipe sediada na Unidade de Saúde da Liberdade, que fica responsável por todos os outros bairros da capital maranhense. Essa foi a equipe, da Liberdade, com que fiz a rota supracitada.

Os dados dos registros do e-sus datam do dia 01/01/2023 até o dia 11/08/2023, dia geração das informações por parte da coordenadora e partilhado com o pesquisador. Até aquele momento, os dos cadastros de pessoas ativas assistidas pela equipe nesse período a soma de 1.133 pessoas, sendo 956 cadastros da equipe Carlos Macieira e 177 da equipe Liberdade. Além disso, os dados mostram o registro de dois estrangeiros com cadastros ativos assistidos pelo CnaR. A porcentagem da soma das duas equipes é apresentada a seguir, no Gráfico 1.

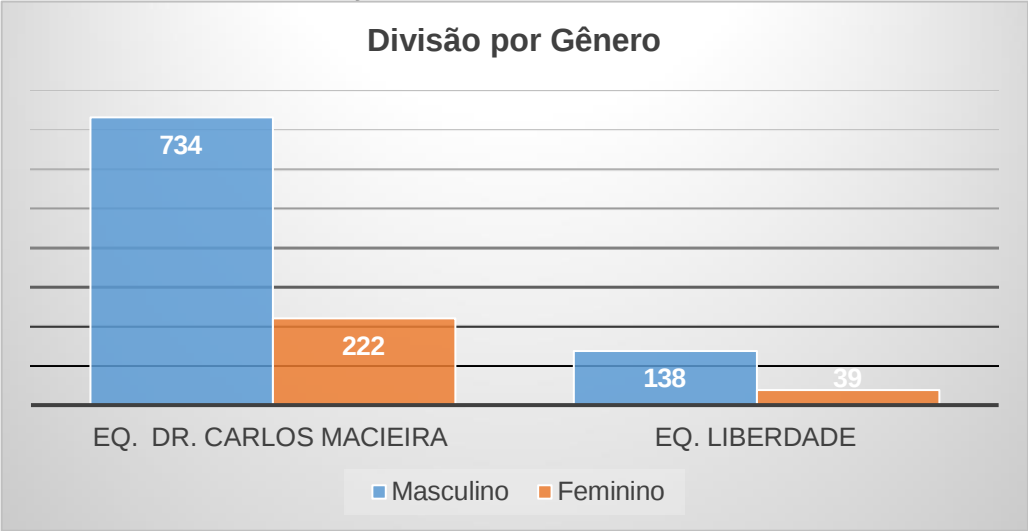
Gráfico 1 – Cadastros ativos por equipes



Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

Em relação ao gênero das pessoas assistidas pelas duas equipes, o gráfico apresenta o quantitativo por equipe e por gênero. Na soma entre as duas equipes, o total de pessoas do gênero masculino é de 872 e de pessoas do gênero feminino é de 261, como pode ser visto no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Gênero e situação de rua em São Luís

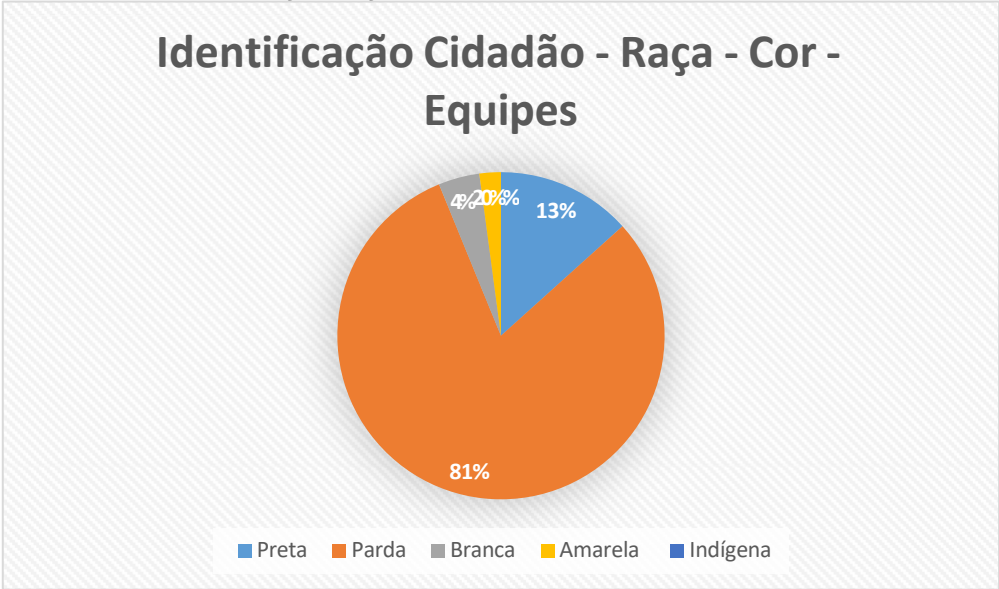


Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

Os dados apresentados são importantes para que se perceba a presença de pessoas do gênero feminino em situação de rua, que conforme já se sabe desde a apresentação dos dados da pesquisa de 2009, são minoria em relação ao contexto de rua, porém presentes e sendo assim, faz-se necessária as ações de forma direcionada a partir desta realidade, haja a vista que as questões interseccionais, gênero, raça, classe, se fazem presente e se somam nas violências e violações destas mulheres. Outro dado importante de se pensar e se fazer presente é em relação a orientação sexual e identidade de gênero. Apesar de ser uma população majoritariamente autodeclarada heterossexual, cisgênero, na soma das duas equipes, 5 se declaram homossexual (gay, lésbica) e 3 pessoas se identificam como homens trans. Esses dados são importantes para que se pense e cuide de forma mais aproximada essas pessoas, dada a condição de maiores vulnerabilidades e violências sofridas.

Outro dado importante de se apresentar diz sobre as questões de raça a partir dos registros do E-Sus. Levando em consideração a proporção entre negros e pardos, propostas pelo IBGE para caracterizar a população negra, no contexto de situação de rua de São Luís, assistidas pelas duas equipes de CnaR, temos 94% de pessoa negras em situação de rua do total da soma do número de cadastro ativo das duas equipes, a maioria em quantitativo em comparação com pessoas brancas, que somam 4% e que a população autodeclarada amarela, que somam 20% dos dados, conforme apresentados nos dados seguintes, apresentados no Gráfico 3.

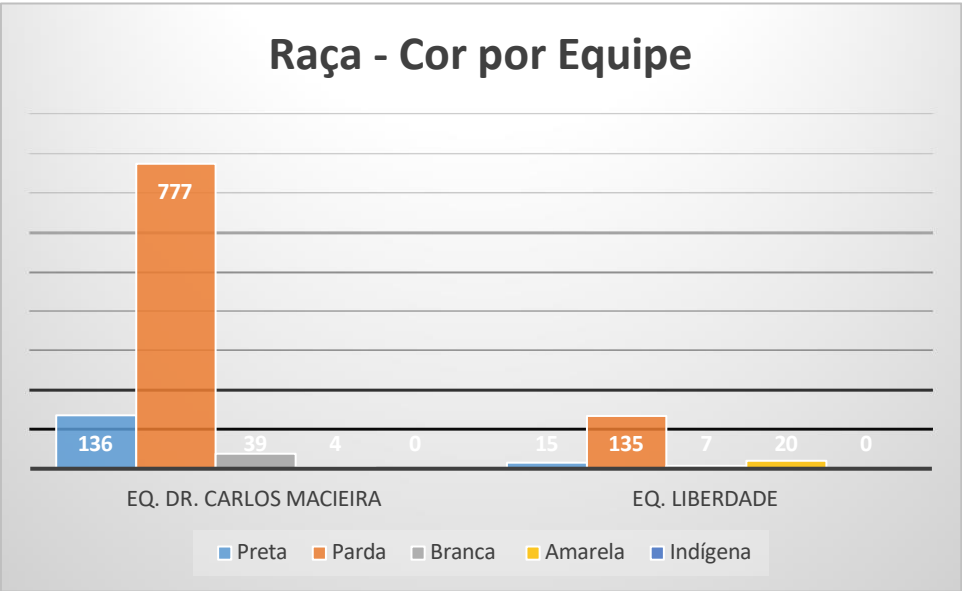
Gráfico 3 – Identificação raça - cor



Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

Os dados locais vão de encontro com o que se mostra em outras pesquisas ou estimativas dessa população, uma população que tem cor e que historicamente, essa cor é vulnerabilizada, violentada, morta. Apresento a seguir os dados por equipe, tal como o Gráfico 4.

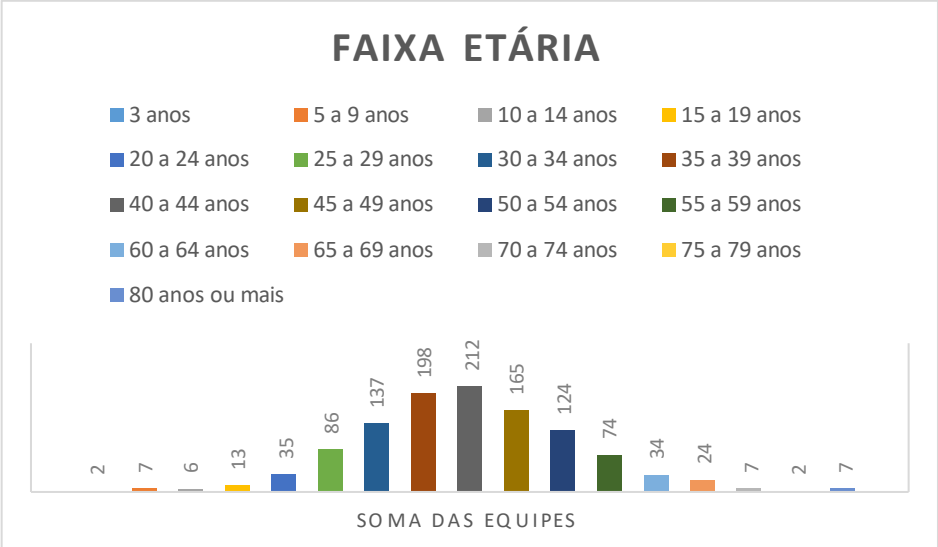
Gráfico 4 – Identificação de raça por equipe



Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

A idade dessas pessoas em situação de rua, que tem como registro inicial de idade 2 crianças de três anos até 7 pessoas com 80 anos ou mais. O maior quantitativo de pessoas está entre 35 anos e 49 anos que juntos somam 534 pessoas, conforme mostra o Gráfico 5.

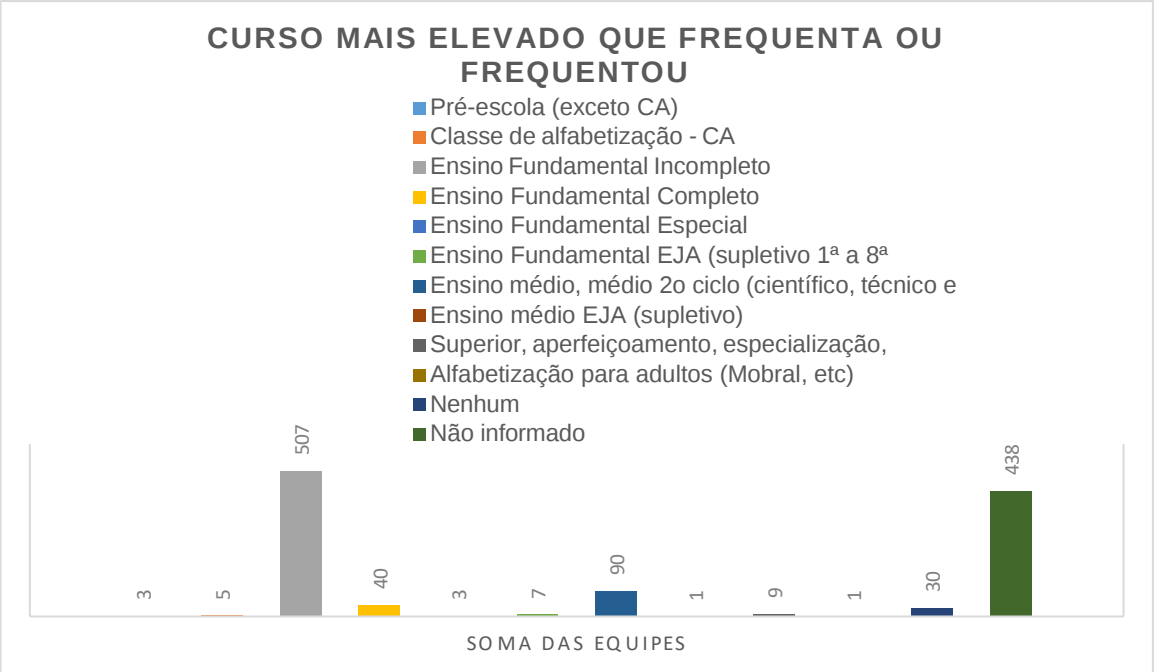
Gráfico 5 – Faixa etária assistida pelas equipes



Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

No que se refere a escolaridade, e os dados mostram uma população em sua maioria de baixa escolaridade, sendo em sua maioria pessoas que não concluíram o ensino médio. Entretanto, um quantitativo significativo de pessoas não informou sobre sua escolaridade, cujos resultados estão dispostos no Gráfico 6.

Gráfico 6 – Escolaridade

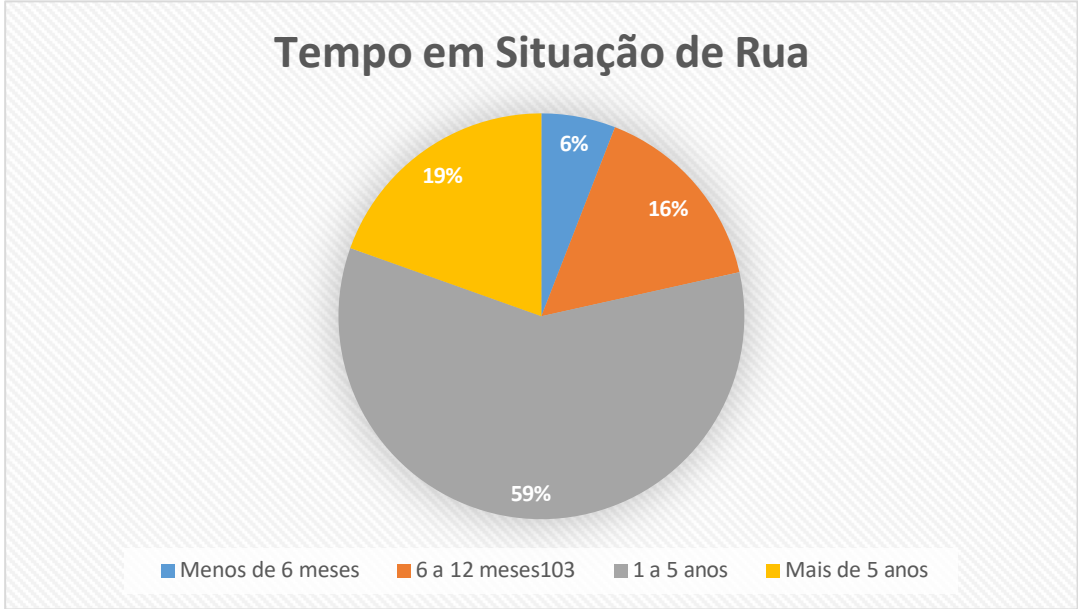


Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

Quando se pensa no tempo em que essas pessoas estão em situação de rua, em sua maioria as pessoas estão no tempo entre 1 e 5 anos em situação de rua, seguido de mais de 5 anos. Nem todos os cidadãos ativos prestaram as

informações quanto ao tempo em situação de rua, porém dentre os 976 de pessoas assistidas, 59% está entre 1 e 5 anos, seguido de 19% de pessoas a mais de 5 anos, consoante Gráfico 7.

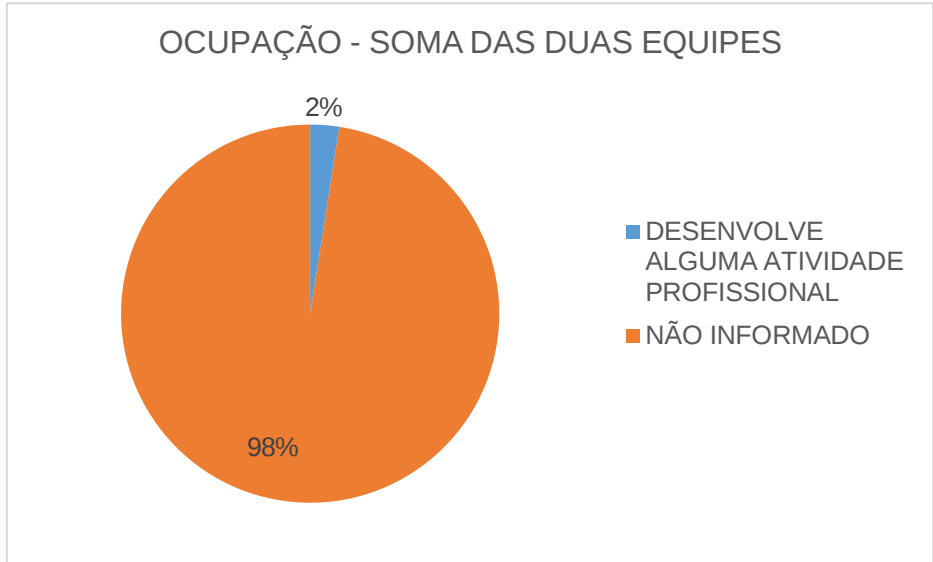
Gráfico 7 – Tempo em situação de rua



Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

Quando passamos para as questões relacionadas a ocupação, os dados chamam atenção, pois dentre as pessoas que informam sobre ocupação, apenas 28 declaram desenvolver alguma atividade profissional, dentre elas artesão de material reciclado, diarista, serviços gerais, pedreiro, estivador, guardador de carro, vendedor ambulante, dentre outras, enquanto 1.105 não informam sobre nenhuma atividade desenvolvida. O estranhamento quanto a esse dado vem de encontro com o que já foi apresentado na contagem de 2009 onde 70% da população pesquisada exercia alguma atividade remunerada (Brasil, 2009). O que fica enquanto questionamento é se o trabalho informal, desenvolvido por grande parte das pessoas em situação de rua são reconhecidos como trabalho, o que, na negação disso, impacta na prestação de informações sobre (Gráfico 8).

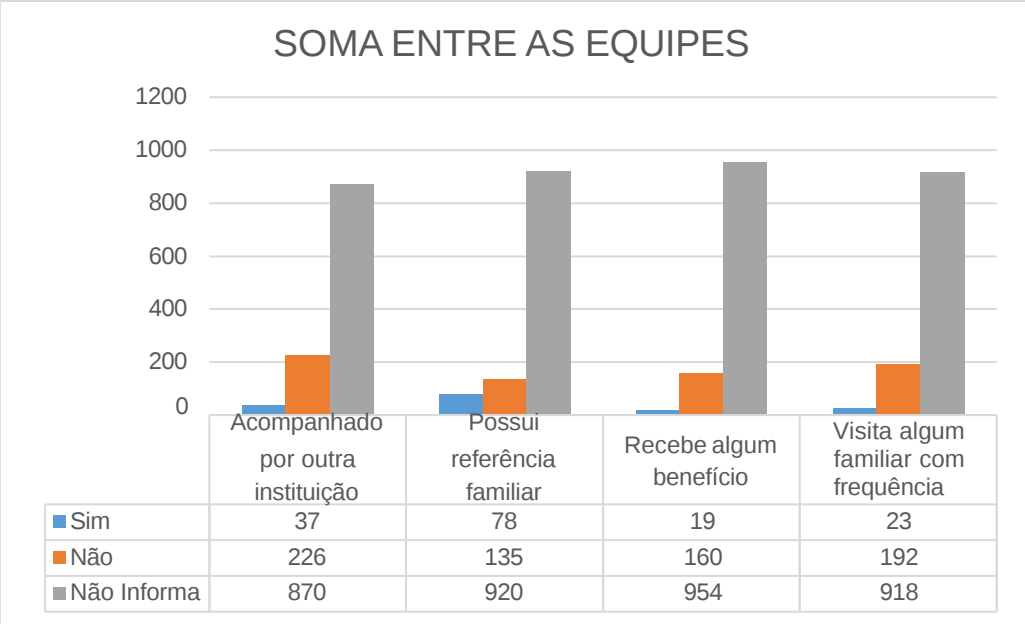
Gráfico 8 – Ocupação



Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

Quando se pensa em questões de vinculação, sejam elas familiares ou institucionais, bem como do recebimento de algum tipo de benefício, a soma das duas equipes se mostra uma baixa vinculação tanto familiar quanto de acompanhamento por outras instituições, além do número pequeno de benefícios que poderiam favorecer ainda mais a condição de vida destas pessoas, cujos resultados estão dispostos no Gráfico 9.

Gráfico 9 – Vinculação e benefício



Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

4 METODOLOGIA

A partir do problema de pesquisa e da necessidade de responder ao que se propôs essa pesquisa, foi adotado o tipo de pesquisa qualitativo de caráter descritivo em que se utilizou o método fenomenológico empírico de pesquisa. A pesquisa qualitativa abarca em sua proposta a compreensão de um fato a partir da subjetividade do sujeito inserido naquele contexto e realidade pesquisada, estando assim alinhada com esta proposta de investigação (Andrade; Holanda, 2010).

O método fenomenológico assim, se apresenta como recurso que busca compreender o sentido da experiência, o estudo do vivido e do como se é vivido, do experienciado e do como é experienciado pelo sujeito, com o significado da vivência para determinado sujeito, cabendo ao pesquisador compreender, descrever e mostrar os fenômenos desvelados nas vivências (Andrade; Holanda, 2010). Assim, a pesquisa poderá gerar contribuições científicas e sociais para compreensão de uma realidade que se faz relevante e necessária para o conhecimento e para possibilitar o desenvolvimento de intervenções e cuidados necessários e alinhados com as especificidades deste público-alvo.

A pesquisa foi realizada com uma profissional psicóloga que atua em uma das duas equipes do CnaR de São Luís - MA. Trata-se de uma equipe multiprofissional que atua de forma itinerante na busca pela atenção *in loco* população em situação de rua. A proposta inicial da pesquisa tinha como objetivo a pesquisa com os dois psicólogos que atuam no CnaR dos dois turnos, entretanto a entrevista, que somente se daria posterior ao aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, não ocorreu em virtude da indisponibilidade do outro psicólogo da equipe, dado a questões pessoais apresentadas no período em que ocorreram por diversas vezes tentativas de encontrá-lo para participação da pesquisa. Entretanto, este psicólogo foi fundamental para o processo de vivência pessoal junto a rota realizada com a equipe de CnaR já descrita anteriormente. Apesar disso, a participação única de uma participante não fere o que o método se propõe.

No que se refere aos procedimentos éticos, de acordo com a Resolução Nº 466 aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em dezembro de 2012, que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre Esclarecido foram submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa através da Plataforma Brasil

pelo CAEE: 63930922.5.0000.5087 e tiveram aprovação de todos os seus itens pelo parecer nº 6.125.444. Além disso, o projeto foi submetido junto à Secretaria Municipal de Saúde de São Luís para apreciação do setor responsável e autorizado pelos setores responsáveis. Para preservar o caráter de sigilo da participante, bem como onde eventualmente ela cite o nome de alguém da equipe, os nomes serão substituídos por Participante – P, no caso da participante da pesquisa e Equipe – E.

4.1 Procedimento de Coleta e Análise dos Dados

Optou-se pela realização de entrevista semiestruturada pela possibilidade de compreensão da subjetividade e da intencionalidade da experiência vivida pelos participantes das entrevistas, bem como da flexibilidade de continuidade da entrevista a partir do que emergir por parte dos participantes. A entrevista foi realizada em um encontro individual previamente agendado com a participante e foi realizada apenas após o aceite em participar da pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados ocorreu no outro campo de trabalho da participante. As entrevistas foram gravadas e conduzidas com questões semiestruturadas, elaboradas para compreender as vivências da participante, e seguiram conforme o que emergia de seus relatos. A gravação teve como objetivo possibilitar a posterior transcrição e análise do conteúdo. O consentimento para a gravação das entrevistas foi solicitado previamente, antes do agendamento, e registrado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Também foi reforçado à profissional que sua participação era voluntária e que ela poderia desistir da pesquisa a qualquer momento.

A análise dos dados se deu a partir do método fenomenológico empírico de análise proposta por Giorgi (Andrade; Holanda, 2010; Giorgi; Sousa, 2010) em que há a transcrição dos dados coletados por meio da entrevista para compreensão da experiência vivida sobre o fenômeno estudado, seguindo os quatro passos propostos pelo autor para análise dos dados. No primeiro momento foi feita a leitura das transcrições das entrevistas, a fim de que se possa compreender o sentido do todo da experiência.

No segundo momento foi feita a separação em unidades de significados com base nas perspectivas psicológicas a partir da leitura e releitura do conteúdo, quantas vezes forem necessárias, focando no fenômeno pesquisado. No terceiro

momento foi feita a transformação das unidades de significados em linguagem psicológica com ênfase no fenômeno que é objeto de estudo da pesquisa. Transformando assim as falas cotidianas do sujeito em linguagem psicológica.

Por último, busca-se descrever a síntese de estrutura da experiência, a essência do fenômeno que está sendo estudado, contemplando o proposto pelo método de pesquisa fenomenológico. As discussões dos resultados obtidos seguirão o referencial teórico proposto pela Gestalt-terapia, dos seus fundadores e dos autores contemporâneos, bem como de outras referências necessárias que discorram de maneira aproximada a proposta desta pesquisa e com o que emergir a partir dos conteúdos identificados na pesquisa.

A participante é uma psicóloga, atua no CnaR desde 2015, graduada pela Pontifícia Universidade Católica (PUC) do Rio de Janeiro, a mesma também atua no Instituto Médico Legal de São Luís, local esse onde foi realizada a entrevista, dada a disponibilidade da mesma. As questões norteadoras foram as que estão apresentadas no apêndice B desta dissertação, porém seguiram os direcionamentos conforme emergiam na fala da participante.

Seguindo os passos propostos, as unidades de significados encontradas nas entrevistas foram *“medo dos moradores de rua”, “preconceitos, higienização”, “aprendizado e orgulho do meu trabalho”, “poucos recursos”, “aumento da população em situação de rua”*. Nestes termos, serão discutidos, a partir da análise da entrevista, os em duas categorias que contemplam outras, *Violências, preconceito e higienização e o acesso aos serviços de saúde: o direito a cidade*, e *Atuação profissional da psicologia em contexto de consultório na rua: a percepção do vivido*.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Violências, preconceito e higienização e o acesso aos serviços de saúde: o direito a cidade

De início, nesta análise que já se segue, ressalto que foi preservado as falas literais da participante, foi mantido um termo utilizado pela participante para nomear a PSR e que no primeiro capítulo já foi percorrido. O termo “morador de rua” é um termo não utilizado, porém emerge por diversas vezes na fala da participante, o que nos aponta para um primeiro apontamento desta análise, a utilização de uma denominação que cristaliza a condição situacional da PSR.

As situações descritas pela participante são fazem referência a situações em que os preconceitos e violências ou o despreparo, no caso de equipes de saúde, se fazem presente e reafirmam, no caso do manejo ou orientação equivocada, os medos, preconceitos e até mesmo a resistência no cuidado desta população. Na fala da participante, emerge o que ela aponta como uma necessidade de que todos os profissionais, a exemplo os profissionais da saúde, se tornarem mais “*humildes*”.

[...] eu acho que assim, não só a psicologia... na verdade eu acho que toda... eu digo assim “Gente, todas as...” como é que eu posso dizer assim “Todas as profissões de faculdade deveriam passar por, por, por algo assim, pelo consultório na rua... por algo popular”. Por exemplo, área da saúde. Eu acho que todas as áreas da saúde deveriam passar pelo consultório na rua na vida. Pra se tornarem mais humilde, sabe? Eu já trabalhei em tudo quanto é... assim dos lugares que eu trabalhei, meu Deus do céu, parece que as pessoas estão cada dia mais arrogantes. Não tratam bem os pacientes, tu tá entendendo? De rua mesmo. Tu perguntou ainda agorinha, eu já briguei muito dentro de unidade. Hoje em dia que a gente, que a gente, já estamos mais conhecidos, mas eu já briguei muito dentro de unidade (P).

Conforme já foi citado no capítulo anterior, há barreiras estruturais nos serviços de saúde que favorecem a manutenção da desassistência ou do destrato da PSR, que é apontado pela participante em sua fala como falta de paciência dos profissionais (Andrade, 2022). Não foi localizado na literatura apontamentos sobre a importância de se ter experimentado ou se aproximado da temática da PSR durante a faculdade, em disciplinas ou estágios, mas este campo de atuação se torna fundamental, empiricamente, conforme a fala da participante, a necessidade de aproximar-se para o cuidado e também, a partir do apontado por Andrade (2022) na escassez de produções científicas, possa-se se aumentar o contato e consequentemente o interesse desses espaços como campo de pesquisa e

consequentemente abertura da possibilidade de intervenções e construções de ações fundamentadas.

É comum de se perceber na fala da participante, os impactos destas ausências de manejo, do medo e do preconceito, onde há casos em que o profissional antes mesmo de se aproximar deste público, já se esquivava, mesmo em campos em que deve ser de responsabilidade da equipe da unidade de saúde a o cuidado e as intervenções necessárias. Este apontamento culmina no que a participante aponta como algo que vem mudando ao longo do tempo a partir do conhecimento da rede sobre o real papel do CnaR e das intervenções verbais e ações das equipes quando do esclarecimento dos limites profissionais, conforme fala seguinte

As pessoas têm medo de atender a população de rua. Eu lembro que a primeira... logo que começou consultório na rua, eu lembro que ligaram pra gente na maternidade, que tinha uma mãe que tinha tido neném lá. A psicóloga que me ligou! Eu digo assim “ Como assim? O quê que a psicóloga quer comigo lá na maternidade?” Porque assim, a gente atende na rua, quando vai pras unidades, quem tem que atender nas unidades são os profissionais das unidades. Mas era chegar morador de rua, tudo que era hospital que tu imaginar a gente era chamado. Aí a gente já não trabalhava mais na rua. Aí a gente foi explicando nosso trabalho até que as pessoas tomaram conhecimento, pra tentar fazer com que eles, aprendessem... tivessem coragem, atendessem, não sei nem bem como seria o termo. A atender o público né. (P).

A resistência chega em muitas situações antes mesmo da disponibilidade para o contato e a escuta deste público, bem como dos questionamentos básicos, que no caso de pessoas que não estão em situação de rua estaria dado como natural ou atitudes corriqueiras. Na fala a seguir, os questionamentos da equipe e suas resistências se davam quando no manejo de uma mãe que queria ver seu filho e havia um tensionamento sobre a possibilidade de dar o direito da mãe de estar com seu filho pós-parto, na continuidade da fala anterior. A descrição da participante emerge como desespero dos participantes ao receber uma pessoa em situação de rua, ao ponto de se questionar os próprios direitos deste público.

Menino, era chegar morador de rua nas, nas maternidades, que a gente tinha que ir pra lá. “O quê que eu faço?”, eu digo gente... “Quer olhar o bebê!” eu digo, “Gente, sim! Quer olhar o bebê, a pessoa tem o direito de olhar o bebê dela!” ou tu não pode olhar o bebê? Tu tá me entendendo? As pessoas tinham desespero quando chegava um morador de rua. E as pessoas têm medo de ir até os outros, gente. O risco que pode fazer de repente, assim, d repente tivesse muito suja, não pudesse entrar numa UTI, “Oh, pra você entrar numa UTI, você precisa tá com uma roupa apropriada...” né, mas com um jeito tranquilo. Mas as pessoas tinham medo de atender morador de rua. Vou te dar um outro exemplo aqui, por exemplo, cheg... uma vez eu me lembro que chegou um mudo aqui. E as meninas “Mas como é que eu vou atender?”. Eu disse “Não se preocupe,

ele entende o que a gente diz. A gente vai entender ele também". Ele gesticulou e eu entendi tudo. "A gente vai entender". Mas a primeira situação é a pessoa ficar desesperada "O quê que eu vou fazer? Como é que eu vou atender?". Tu estás vendo? "Primeiro espera gente. Vê o paciente, como é que... depois você vê se não tem condição, o que é que pode fazer e tal, você tá entendendo? Mas o primeiro impacto que as pessoas tem é "Ai, é morador de rua" (P).

Hino, Santos e Rosa (2018) apontam que as pessoas em situação de rua sofrem vítimas de preconceito na busca das unidades de saúde no território, se deparando com o despreparo e a inabilidade no manejo dos profissionais de saúde para a realização de acolhimento e escuta qualificada frente as demandas e necessidades de saúde desta população, conforme se percebe na fala da participante. Além disso, os autores apontam também as ações higienistas que ocorrem nos espaços públicos e que desconsideram a dignidade da vida e os direitos humanos, ações corriqueiras na vida das pessoas em situação de rua, quando há movimentos e ações em que se busca distanciar, esconder, tirar de vista as pessoas em situação de rua. A equipe de consultório na rua, corriqueiramente é interpelada por pedidos desta natureza ou por discursos incômodos quando se desenvolve o trabalho que supostamente produz a manutenção da permanência deste público nos espaços públicos.

Quando perguntada se os chamados para o CnaR quando há pessoas em situação de rua em outros espaços, conforme citado anteriormente pela participante, se dá pelo medo, a mesma responde da forma seguinte, trazendo a postura higienista e de uma postura manicomial destas convocações.

É pelo medo! É pelo medo! É pelo medo! É pelo medo do novo, do não... mesmo antes de atender, sabe, de não saber atender, de não dar conta. E também, eu vou te dar um exemplo, quando as pessoas ligam pra gente "Ah tem um morador de rua não sei em que parte", a maioria das vezes a preocupação é com a higienização. Eles querem que a gente leve pra internar em algum lugar, não é assim... ai a gente vai explicar "Não, não é assim, ninguém leva ninguém pra lugar nenhum aqui no consultório na rua, ninguém é obrigado"... "ah mas..." ai eu digo "Não gente, ninguém é obrigado. Eu não posso pegar a pessoa botar dentro do meu carro e levar. Eu não posso fazer isso" A pessoa tem que querer, a pessoa tem que... "Ah P., mas e se a pessoa for doente mental?", "Não gente, tem passos. A família tem que fazer isso, se a família não fizer a promotoria que tem que fazer. A gente passa os laudos e tudo. Diz que a pessoa não tem condição, que a pessoa precisa de saúde", não, é a gente que toma a decisão. [...] É mais fácil não ter nada, não ter ninguém pra olhar né. O que incomoda. (P).

Toloni e Bolandim (2023) trazem em discussão em seu artigo sobre as ações higienistas que se fazem presente em diversas cidades brasileiras, e como se percebe na fala da participante, também se faz presente em São Luís. As

justificativas para a manutenção dessas ações são múltiplas, tais como a necessidade da manutenção da zeladoria urbana, a repressão a criminalidade, tentativas de assegurar a dignidade das pessoas que vivem na rua, porém os autores ressaltam que os discursos sobre as ações não revelam a real intenção. As construções ou ajustes com artefatos em espaços públicos que dificultam a permanência da PSR em espaços públicos, como é o caso da arquitetura hostil, também nomeada como arquitetura antimendigo, arquitetura da violência ou arquitetura do medo (Toloni; Bolandim, 2023), as criações de projetos de leis que dão margem para as ações higienistas, como é o caso do Projeto de Lei 19.044/2024 aprovado pela Câmara Municipal de Florianópolis, onde autoriza o poder público de internar forçosamente pessoas em situação de rua com transtornos mentais ou que fazem uso problemático de drogas.

Vale ressaltar que nestes termos abordados até o momento por mim, faço apontamentos tanto de ações e atitudes higienistas governamentais, iniciativa privada, quanto de moradores e transeuntes, pois grande parte dos discursos e solicitações se dão por meio de pessoas da própria comunidade que auxiliam nessa manutenção. Isso se fez presente na fala anterior e na seguinte que será apresentada, curiosamente este trecho trata de falas das próprias pessoas que trabalham na Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, o que aponta para algo já citado nesta análise, quando da necessidade de que as pessoas tenham maior aproximação com esta realidade para que a desconstrução de preconceitos ou de atitudes que dificultam a aproximação e o cuidado continuado se dê

Por exemplo a gente vê às vezes por exemplo uma pessoa que não seja da equipe mas que trabalha lá pela SEMUS diz assim, que às vezes pela ignorância de não trabalhar na parte que a gente trabalha, mas diz assim “Ahh eu não sei como vocês ainda aguentam vir aqui dar remédio pra essa pessoa”. Às vezes pessoas que moram perto né, alguém que mora ali perto “Ah não sei como vocês tem paciência, que fica gastando teu tempo com essa pessoa”. Mas a gente não vai desistir da pessoa, a gente vai tentar né?! [...] Da SEMUS. Mas é mais o pessoal mesmo da rua que mora perto e que vê a gente fazendo e vê que a pessoa continua se drogando, continua usando né a (inaudível). às vezes eles dizem “Ah vocês tão perdendo o tempo de vocês, não sei o que” [...] A gente vai tentando. A gente vai conversando. A gente faz, a gente vai. É, assim, cada vez quando acontece alguma coisa desse tipo né, ou que por exemplo alguém que tá numa reunião, e alguém fala alguma coisa inadequada, a gente vai explicando nosso trabalho a gente vai... pra poder tentar tornar as pessoas conscientes. Mas a gente sabe que sempre vai ter algum preconceito, sempre vai ter uma coisa ali que, né... tem aqueles que contribuem e tem aqueles que desconstrói né? (P).

Hallais e Barros (2015) dizem em seu artigo que as dificuldades de com o cumprimento dos direitos e as múltiplas formas de vulnerabilidades e

vulnerabilização deste público, dentre elas a exposição a variações climáticas, condições de insalubridade no contexto de rua e insegurança alimentar, bem como das ações de repressão por parte da segurança pública afetam negativamente a condição de saúde da PSR, ocasionando expressivo afastamento dessas pessoas de seus territórios. Esse cenário também se faz presente no vivido pela participante da pesquisa, onde o impacto das ações repressivas da segurança pública vulnerabiliza a própria manutenção do trabalho destes profissionais.

[...] já aconteceu de chegar polícia a tal de “pacto pela paz” (gesto com as mão sinalizando aspas). Quase que é atropelado pelo pacto pela paz. Chegaram quase levando a gente junto com os moradores de rua. Pacto pela paz, o meu Deus. [...] Pacto pela paz. Minha irmã, quase saiu levando a gente [...] quase levou a gente junto com os morador de rua e tudo, E eu te digo que eu prefiro não tá com a polícia. E eu to aqui trabalhando com a polícia, eu vou já ser presa ou demitida (risos) [...] Gente, quando eu to lá eu prefiro não estar com a polícia. Eu me sinto mais segura sozinha do que acompanhada. E eles têm muito medo (P)

O trabalho com a PSR necessita que seja intersetorial, afim de que as ações possam ser somatória no processo de cuidado e garantia de direitos e cidadania desta público, do contrário, as formas não integradas de ações dos diversos setores do poder público podem se sobrepor e dificultar o seu prosseguimento, conforme cita a participante, que não sente segurança em estar na presença de outro setor nas ações de cuidado em saúde. E seguindo neste caminhar de cuidado, apresento a segunda categoria de análise das entrevistas.

5.2 Atuação profissional da psicóloga em contexto do consultório na rua de São Luís: a percepção do vivido

No que se refere a categoria apresentada, é apresentada pela participante uma trajetória profissional com trabalhos em contextos de vulnerabilidades desde a infância, pessoalmente, e depois com os estágios na faculdade, onde estagiou na favela da Rocinha. No contexto da infância a mesma diz que

[...] eu tenho essa paixão desde a minha infância. Sabe, é uma paixão que... eu ia pras praças conversar com as pessoas em situação de rua, com os hippies, eu sempre tive aquela curiosidade de saber o porque de eles estarem ali, o que fazia eles ficarem ali, interessante que é uma busca que eu acho que a gente vai continuar essa busca por muito tempo. Então, quando eu entrei na minha faculdade, né, eu comecei a... era uma escola religiosa, uma faculdade religiosa [...] Então eu sempre prestei serviço comunitário, nunca participei das matérias religiosas. Então eu subia na Rocinha pra prestar serviço na creche pra crianças. Então assim, a

Rocinha foi uma escola pra mim, eu vi tudo ali dentro. E eu subia sozinha, eu tive que lidar com traficante, tive que lidar com tudo isso. E assim, é uma coisa assim que muita gente... os amigos do meu pai sempre diziam assim "Se fosse minha filha eu amarrava" (risos) pra não subir. Porque assim eu sempre me encantei por isso, por ver esse outro lado sabe? É... de tomar conhecimento mesmo do que que leva as pessoas as drogas, do que leva as pessoas a não usarem drogas mas tá no meio do tráfico, sabe? Como que é a vivência dessas crianças no meio do tráfico sabe? Por exemplo, eu lembro uma vez lá na creche que não tinha material nenhum. E aí já não tinha mais muito o que eu fazer com essas crianças sabe, pra poder ver como é que tá no dia-a-dia deles né. (P).

A atuação profissional da participante continuou sendo em contexto de vulnerabilidade, a qual teve seu desenvolvimento profissional junto ao circo escola, localizado na região da beira-mar em São Luís, o qual a participante descreve como uma importante experiência na sua construção profissional que culmina no consultório na rua, em virtude da busca de melhorias salariais.

[...] tinha o circo escola né, ali na beira mar. Então eu tive outros trabalhos. Já trabalhei aqui na UFMA também, trabalhei no hospital Juvêncio Mattos, mas eu peguei o circo escola, tracei o circo escola, é a psicóloga do circo escola. E quando eu cheguei lá, tinha até aposta, disseram que eu não passava uma semana lá com os meninos (risos). Aí passei anos lá no circo escola. Só que a gente está sempre em busca de melhorias salariais né? Por exemplo, né. E aí eu fui tendo que me adaptar em algumas outras coisas por conta da melhoria salarial. E aí cheguei aqui no... cheguei lá no consultório... tentei me afastar por um tempo né, mas não adiantou, voltei de novo [...] Pro consultório na rua! Saí do circo escola né, aí passei um tempo aqui na UFMA, no Juvêncio Mattos que era o hospital, mas acabei voltando de novo pra rua, eu digo que eu sou menina de rua! (P).

A inserção profissional da participante se deu via processo seletivo, iniciando sua atuação em 2015. O seu trabalho multiprofissional se dá com equipe composta por psicóloga, médico, assistente social, agente social, dentista, enfermeira, técnico em enfermagem e terapeuta ocupacional, divididos entre tarde e noite. Na descrição sobre sua atuação no CnaR, a participante descreve este campo como sendo o espaço e de identificação profissional, dado ao dinamismo e a diferenciação com a atuação profissional em contexto clínico

E, assim pra mim, fazer psicologia não seria ficar só dentro do consultório particular. Tanto é que eu fico de noite só, né. Da tempo de ir pro consultório particular. E pra mim psicologia na real eu gosto de trabalhar com coisas desafiadoras. Coisas que me fizessem pensar, trabalhar, é... Como se fosse, assim a caixa que eu tivesse que o tempo todo tá tentando solucionar aquela dificuldade, sabe? Como se realmente não tivesse fim, eu precisasse estar maquinando o tempo todo pra achar uma solução para aquilo né. E assim, como eu tava te falando né, a gente sempre quer melhorar né, quer, quer achar uma solução, mas na verdade acho que essa solução a gente nunca vai chegar ao fim. Então esse desafio é o que eu chego na rua. (P).

Dentre os desafios apresentados no que é vivenciado pela participante em sua atuação profissional, a vinculação com o usuário e a continuidade do trabalho longitudinal, atendimento psicológico em contextos de rua, etc. Porém, parte do trabalho, conforme já foi apresentado em partes na categoria anterior, diz sobre a informação e conscientização dos diversos setores da saúde sobre os limites de atuação do CnaR, para que não sobrecarregue o serviço no desenvolvimento de suas atividades quando no caso em que os serviços em que a PSR se insere é que são responsáveis pelo seu atendimento.

Assim, como é que eu ia dar conta dos que estavam na rua mais os que estavam em cada unidade de saúde, gente? As pessoas não, não tem discernimento das coisas. Aí a gente teve que falar sobre (inaudível) em cada setor que chamavam a gente, em cada serviço pra explicar o quê que era o consultório na rua, que a gente atendendo na rua, não que o morador de rua ia tá em cada unidade e a gente ia atender em cada unidade. Ainda chamam a gente? Ainda chamam, mas tá bem menos. A gente vai lá, explica nosso trabalho. (P).

Além do que foi descrito anteriormente de maneira coletiva, sobre a perda de tempo da equipe de CnaR no cuidado da PSR, a própria participante enquanto profissional da psicologia também recebe apontamento que fazem apontamentos preconceituosos em relação a sua atuação, vindo da própria categoria profissional. Quando questionada se os olhares das pessoas alcançavam de alguma forma no desenvolvimento de seu trabalho, a mesma diz que

Pra mim? Chega! Vou te dar um exemplo, uma vez uma colega psicóloga disse assim “Meu Deus, tu fala do teu trabalho com tanto orgulho!” eu disse “Eu tenho orgulho! Eu tenho orgulho do meu trabalho.” Tipo assim, como se fosse... ir pro meio da rua não é bonito. É bonito eu ficar aqui dentro de tarde no computador, atendendo. Eu digo “não, eu tenho orgulho! Eu tô lá porque eu gosto, não é porque... sabe” [...]. Mas é porque eu gosto, eu tô lá porque eu gosto, sabe? Mas as pessoas tem isso, olha. As pessoas tem medo. Tu não viu eu te dizendo, tem gente que disse assim “Meu Deus, se eu conhecesse teus pais eu dizia pra te amarrar, porque eu não tinha coragem de deixar um filho meu ir pra rua”. Meus pais nunca se meteram num negócio desse, nem marido, nem ninguém, sabe. Ninguém nunca se meteu, porque eu gosto. É o meu trabalho, sabe? (P).

Adentrando sobre a temática do trabalho, a participante descreve um pouco do funcionamento da atuação em contexto de rua, da importância do atendimento imediato e do não retardamento destes pois há a possibilidade do desencontro entre eu e o outro, em paralelo com aquilo que outros profissionais costumam fazer em outros contextos de atuação clínica. O serviço do consultório na rua por sua característica dinâmica na vida dessas pessoas, de constante movimentação nas cidades, precisa fazer a manutenção do cuidado de imediato, pois não é incomum encontrar um usuário em um momento e depois de dias ou

semanas ficarem sem contato, além de atendimento fora dos moldes convencionais (Hino; Santos; Rosa, 2018; Andrade *et al.*, 2022).

É, profissional, as pessoas têm muito dessas coisas de, de... dificuldade de atender, digamos assim ao ar livre, no aqui e agora. Porque é muito... eu fiz hospitalar também, né? E ali a gente não pode esperar vir no outro dia né [...] Na rua você acaba fazendo isso. Então eu não posso esperar o amanhã. Quem disse que ele vai tá amanhã lá? Né? Você tem que pegar a situação naquele hora e desenvolver alguma coisa pra poder trabalhar com ele né, naquele momento no aqui agora. Não dá pra esperar o amanhã. (P).

No trabalho desenvolvido durante o período pandêmico, a participante relata aumento do número de pessoas em situação de rua, porém há uma confusão no uso do termo, categorizando pessoas que são da rua e pessoas que em virtude da pandemia estavam na rua. O decreto define a situação de rua como algo temporário e permanente. O tempo de rua não é o determinante para a definição, mas a condição situacional, que pode ser reavida. Ou seja, quem perdeu o emprego em virtude da pandemia ou quem está a 5 anos em situação de rua, por exemplo, está na mesma condição situacional e não há como fazer uma distinção entre os dois momentos, do contrário estará correndo o risco de incorrer em posturas e atitudes equivocadas e segregadoras.

Aumentou! Eu acho que a pandemia aumentou muito. A gente vivenciou a pandemia. A gente trabalhou na pandemia, né [...] Na pandemia a gente viu que não tinha só morador de rua, a pandemia cresceu muito, aquele profissional autônomo, né, Muita gente trabalhando em bares, que tinha banquinha [...] Todo mundo foi pra rua! Muita gente foi pra rua. Muita gente foi pra rua [...] E os que também tavam na rua porque tinha ficado na rua porque tinham perdido seus empregos, teve muita gente que perdeu emprego. Teve muita gente que foi pra situação de rua. Alguns saíram mas muitos ficaram. (P).

O contexto de pandemia em São Luís se deu com a permanência do trabalho desenvolvido junto a população em situação de rua, onde foi ofertado o estádio de futebol Castelão para que essas pessoas pudessem permanecer e se cuidar. Entretanto, tal qual toda e qualquer realidade em contextos de pandemia, onde pessoas tiveram atitudes de fugir das recomendações sanitárias e sair de casa, aglomerar ou ter comportamentos que naquele período eram tidos como de riscos, ocorreu com a PSR neste contexto.

Quando perguntada sobre como a participante percebe o trabalho que desenvolve, ela responde que

Ai eu não sei muito o que dizer... Eu me sinto realizada. Eu me sinto realizada [...] Quando tá falando do trabalho.... Eu acho que aprendizado. eu acho que cada dia eu aprendo mais. Eu sempre digo assim que eu

aprendo mais com ele do que talvez eles comigo. Eu acho que eu tô tendo mais... eu acho que eu tô aprendendo mais ali na rua do que eles mesmo comigo. Eu acho que eles estão me trazendo mais conhecimento. Cada vez que eles me trazem uma história nova, cada vez que eles me trazem uma situação nova eu aprendo mais (P).

O desenvolvimento do trabalho no consultório na rua se faz pautado em constantes ajustes as situações diversas e adversas, ocupar o lugar de profissional, é o desafio, mesmo para quem se identifica com o que é desenvolvido, a percepção do vivido por estes profissionais se dá sempre de maneira única de sentido para cada um. O aprendizado trazido pela participante faz coro com as diversas nuances do trabalho neste contexto, que ultrapassa, como foi visto o nosso fazer, mas até mesmo de nos ajustarmos aquilo que emerge sem que esperemos, ou que estejamos prontos para, como é o caso de uma pandemia em meio a um contexto desafiador por si só, como é o campo de trabalho de vulnerabilidades. É sempre um campo de construção, para psicologia, tão acostumada a um contexto de controle seguro como o da clínica, trabalhar na rua, é o desafio que necessita de constantes revisitas e manutenções, aprendizado é o que acompanha a realização profissional da participante e faz coro com o trabalho neste contexto.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho se propôs a pesquisar a percepção do vivido por profissionais em contexto de situação de rua em São Luís do Maranhão. Trata-se de uma pesquisa de campo desafiadora, primeiro por abordar uma realidade distinta para mim, que venho de outro estado. Localizar variações linguísticas, identificar os espaços citados pelas profissionais e participar de uma rota noturna em uma cidade onde eu não conseguia me localizar geograficamente foram desafios. Além disso, por lidar com vulnerabilidades extremas, realidades diversas e, muitas vezes, inimagináveis – ou talvez distantes das nossas vivências e privilégios –, a manutenção desse trabalho se torna ainda mais desafiadora.

Foi difícil escrever sobre minhas próprias vulnerabilidades. Estar inserido também como profissional da psicologia no contexto do Consultório na Rua me fez perceber o quanto foi complexo relatar essa realidade, especialmente quando minhas percepções, vulnerabilidades e frustrações profissionais se fizeram presentes. Mardônio, a quem dedico este trabalho, foi um usuário do serviço de CnaR que perdemos devido ao destrato nos serviços de saúde durante seu atendimento. Ele veio a óbito porque se recusou a entrar na unidade de saúde localizada do outro lado da rua, a poucos metros dali, após já ter buscado atendimento anteriormente e ter sido destratado.

Do ponto de vista cronológico, pode parecer que muito tempo se passou. No entanto, considerando o tempo do vivido – tema tão central para esta pesquisa –, foi necessário esse distanciamento para que eu pudesse realizar uma suspensão fenomenológica, permitindo que minha história e minhas percepções não interferissem na forma como os relatos da participante são apresentados.

Esse distanciamento foi essencial para garantir a continuidade da pesquisa. Sem ele, sei que minhas respostas e percepções teriam sido diferentes. Reconhecer minhas vulnerabilidades pessoais contribuiu para que este trabalho se apresentasse de forma mais responsável em relação ao método proposto, assegurando que a percepção e a visão do fenômeno trazidas pelo pesquisador não interferissem nos relatos da participante. Assim se fez.

Os achados da pesquisa revelam semelhanças com outros contextos, mas também especificidades – seja pelas características da cidade, pela falta de investimentos ou pelas diversas ações que, somadas, dificultam a manutenção do serviço, como é o caso do projeto “Pacto pela Paz”. Essa percepção reforça a

necessidade de que o trabalho com a PSR ocorra de forma integrada e intersetorial, envolvendo áreas como educação, saúde, segurança pública, cultura, lazer, mobilidade urbana, assistência social, entre outras.

O discurso de uma profissional com tantos anos de experiência coloca-nos em um lugar de maior amplidão, evidenciando a importância da continuidade dos estudos, seja em um contexto local, em São Luís, seja em outros espaços nos quais as políticas públicas voltadas para esse público possam ser implementadas.

Para a psicologia – que ainda carrega uma característica elitista, dificultando o acesso a outras realidades –, faz-se necessário construir formas de atuação em contextos pouco abordados na graduação. Como destacou a participante, essa transformação não é para que as pessoas se tornem mais humildes, mas para que possam tratar todos os indivíduos com humanidade, dignidade e respeito, independentemente do contexto. Afinal, mesmo que não atuem diretamente em contextos de rua, essas pessoas podem buscar os serviços onde esses profissionais estão presentes. Para isso, é essencial romper com o ciclo de destrato e com as barreiras estruturais que continuam afastando essa população dos espaços de cuidado – impedindo o acesso aos serviços convencionais e mantendo o CnaR como a única alternativa, quando, na realidade, trata-se de um serviço de atenção básica que, por si só, não consegue suprir todas as necessidades de saúde de um sujeito. Assim como as Unidades Básicas de Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial e as Unidades de Pronto Atendimento, o CnaR também precisa contar com outros serviços para encaminhamentos e atendimentos complementares.

Nenhum serviço do SUS é pensado para se encerrar em si mesmo. A Rede de Atenção à Saúde (RAS), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e todas as demais redes de saúde precisam se articular com outras redes de cuidado para garantir sua efetividade comunitária e coletiva. Por isso, é necessário romper com dois pontos importantes: o primeiro é o paradigma isolacionista, que responsabiliza unicamente o sujeito pelo seu sofrimento e pelas condições em que vive; o segundo é a desconstrução dos preconceitos que perpetuam ausências e negligências no cuidado, dificultando a aproximação e o atendimento dessas pessoas em diferentes contextos.

O aprendizado compartilhado pela participante deve ser visto como uma referência para outros contextos e profissionais de saúde. A abertura para o novo e para o acolhimento de pessoas distintas, cujas trajetórias são marcadas por

violências e exclusões, é fundamental para o crescimento e o desenvolvimento desses profissionais. Seria contraditório atuar em um sistema que tem como princípios a humanização, a integralidade e a equidade, com serviços de portas abertas para a população, e, ao mesmo tempo, agir de forma excludente quando se trata de um público específico – perpetuando o desamparo, a violação de direitos e, em última instância, ocasionando óbitos.

Numericamente, Mardônio foi apenas um. Mas não é pelo número que se mede o impacto da perda. E doeu perder, assim como ainda dói perceber o quanto falhamos enquanto serviço. Questiono-me, pessoalmente, sobre o que poderia ter feito para evitar aquele desfecho – além do último contato que tive com ele, tentando convencê-lo a buscar atendimento para realizar a medicação. A resposta que encontro é seguir me dedicando a esta dissertação, concluindo-a com o desejo de que, de alguma forma, o conhecimento aqui produzido possa contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas e para o fortalecimento do cuidado prestado a cada usuário. Talvez pareça pouco diante da realidade atual, mas, em um contexto de escassez de produções sobre essa temática, chegar até aqui é como nadar contra a maré – com a esperança de encontrar um lugar onde outras vozes e potências possam somar-se na construção de novas possibilidades, quem sabe, transformando essa realidade para todos aqueles que, em algum momento, necessitem desse lugar de cuidado.

REFERÊNCIAS

- ADICHIE, C. N. **O perigo de uma história única**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.
- ALES BELLO, A. **Introdução à fenomenologia**. Bauru, SP: Edusc, 2006.
- ANDRADE, R. *et al.* O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 132, p. 227-239, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/c8JDyXMSz7bHRHrLFdxtHPr/?lang=pt#>. Acesso em: 25 mar. 2024.
- ANDRADE, C. C.; HOLANDA, A. F. Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 27, n. 2, p. 259-268, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n2/a13v27n2.pdf>. Acessado em: 20 mai. 2023.
- BARROS, D. F. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 78-84, 2010. Disponível: <https://www.scielo.br/j/tce/a/nYHWR7LTWv7xz5SD7WGL9yx/#>. Acesso em: 20 de mar. 2024.
- BARBOSA, B. S. *et al.* A extensão da Psicologia Comunitária com Pessoas em Situação de Rua: reinventando caminhos no cenário de pandemia da covid-19. *In*: XIMENES, V. M.; ESMERALDO, A. F. L.; ESMERALDO FILHO, C. E. **Viver nas ruas**: trajetórias, desafios e resistências. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2022. p. 23-40.
- BENTO, H. C. P.; LIMA, A. C.; BOMFIM, Z. A. C. Um olhar socioambiental sobre a imigração venezuelana no Brasil: da situação de rua para o acolhimento institucional. *In*: XIMENES, V. M.; ESMERALDO, A. F. L.; ESMERALDO FILHO, C. E. **Viver nas ruas**: trajetórias, desafios e resistências. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2022. p. 161-182.
- BORBA, J. M. P.; SILVA, L. V. C.; OLIVEIRA, T. C. A. A escuta na clínica fenomenológica e os fundamentos da fenomenologia husserliana. *In*: PIMENTEL, Adelma; LEMOS, Flávia; NICOLAU, Roseane (orgs.). **A escuta clínica na Amazônia**. Vol.I. Belém: EDUFPA, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: MS, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 10 mar. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 10 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 10 mar. 2024.

BRASIL. **Decreto n. 7.053, de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2009a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm. Acesso em: 05 dez. 2022.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua**. Brasília, MDS, 2009b.

BRITO, C. *et al.* Modo de vida da população em situação de rua como potencializador do cuidado de COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, p. e2020832, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nyF3MTWgx8cjdP7GJDYFXz/?lang=pt#>. Acessado em: 20 mar. 2023.

BRITO, C.; SILVA, L. N. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias e cuidado em saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**. v. 27, n. 1, p. 151-160, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7LPJ5Lk7TZkZSG9fnprTPyg/abstract/?lang=pt#>. Acessado em: 19 mar. 2023.

BRITO, R. M. S. *et al.* População em situação de rua e seus entrelaçamentos com a violência e a segurança. In: XIMENES, V. M.; ESMERALDO, A. F. L.; ESMERALDO FILHO, C. E. **Viver nas ruas: trajetórias, desafios e resistências**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2022. p. 419-435.

BORYSOW, I. C.; CONILL, E. M.; FURTADO, J. P. Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 879-890, mar. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KzS3CrHRYmhkvKN6pxqY7MJ/abstract/?lang=pt#>. Acessado em: 12 dez. 2022.

CORTINA, A. **Aporofobia, a aversão pobre: um desafio para a democracia**. São Paulo: Editora Contracorrente, 2020.

CUNDA, M. F.; SILVA, R. N. Me chamam rua, população, uma situação: os nomes da rua e as políticas da cidade. **Psicologia & Sociedade**, v. 32, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/jhvzDFSFYqLRhtSJf9NcCqj/?lang=pt#>. Acessado em: 20 out. 2023.

FEITOZA, T. B. M.; CORDEIRO, Y. L.; BELMINO, M. C. Processo de luto no contexto da COVID-19 à luz da Gestalt-terapia: Estratégias possíveis de enfrentamento. **IGT na Rede**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 32, p. 65-77, 22 set. 2020.

Disponível em: <http://igt.psc.br/ojs3/index.php/IGTnaRede/article/view/601>. Acesso em: 10 mar. 2023.

FERREIRA, C. P. S.; ROZENDO, C. A.; MELO, G. B. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 8, p. e00070515, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/FbSMFxvKMVykRSXZrDHH/abstract/?lang=pt#>.

Acesso em: 20 mar. 2024.

GIORGI, A.; SOUSA, D. **Método fenomenológico de investigação em psicologia**. Lisboa: Fim de Século, 2010.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA *et al.* **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p. 493-546.

GUIMARÃES, A. C. O conceito de mundo da vida. **Caderno da EMARF, Fenomenologia e Direito**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.1-150, abr./set.2012.

GUIMARÃES, A. C. Uma aproximação aos conceitos básicos da fenomenologia. **Fenomenologia e Psicologia**, São Luís, v. 1, n. 1, 2013. Disponível em:

<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/fenomenolpsicol/article/view/1353/5389>. Acessado em: 10 dez. 2022.

HALLAIS, J. A. S.; BARROS, N. F. Consultório na rua: visibilidades, invisibilidades, hipervisibilidades. **Caderno de Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, 2015. Disponível:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/MDJ4Q8zJvCTWDHktRGyTwzC/abstract/?lang=pt#>.

Acesso em: 20 mai. 2024.

HINO, P. *et al.* Necessidades em saúde e atenção básica: validação de Instrumentos de Captação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, 2009, p. 1156-1167. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/hvBsDqXtTGqJjpJpdXr3wDw/abstract/?lang=pt#>.

Acessado em: 20 out. 2022.

HINO, P.; SANTOS, J. O.; ROSA, A. S. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 684-692, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/NsHh6w97c84Sy8h9Ssybxdk/?lang=en#>. Acesso

em: 10 mai. 2024

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil (2012-2022)**. Brasília, DF: IPEA, 2022.

KAMI, M. T. M. *et al.* Saberes ideológicos e instrumentais no processo de trabalho no Consultório na Rua. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 3, p. 0442-0449, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/JVZbjtWTmBXcZfyxDJXYs7m/?lang=en#>. Acesso

em: 15 mar. 2024.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867-874. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CrHzJyRTkBmxLQBtmX9mtK/abstract/?lang=pt#>.

Acesso em: 24 mar. 2024.

LEAL, J.; CALDERÓN, D. Espaços do (im)provável: uma experiência política de mulheres em situação de rua usuárias de crack. In: PEREIRA, M. O.; PASSOS, R. G. (orgs.). **Luta antimanicomial e feminismo**: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Autografia, 2017. p. 127-145.

LEMÕES, T. “A mão que ajuda é a mesma que agride”: uma etnografia da luta pela humanidade de pessoas em situação de rua. In: XIMENES, V. M.; ESMERALDO, A. F. L.; ESMERALDO FILHO, C. E. **Viver nas ruas**: trajetórias, desafios e resistências. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2022. p. 201-222.

LIMA, H. S.; SEIDL, E. M. F. Consultório na Rua: percepção de profissionais e usuários sobre redução de danos. **Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, p. 33-41, dez. 2017. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472017000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 mar. 2024.

MATTA, G. C.; FAUSTO, M. C. R. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, V. G. C.; CORBO, A. D. **Modelos de atenção a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 43-68.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 38-51, 2018.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPBCFq8F3p/abstract/?lang=pt#>.

Acesso em: 10 mar. 2024.

MÜLLER-GRANZOTTO, M. J.; MÜLLER-GRANZOTTO, R. L. Ajustamento de Inclusão. In: MÜLLER-GRANZOTTO, M. J.; MÜLLER-GRANZOTTO, R. L. **Psicose e Sofrimento**. São Paulo: Summus, 2012. p. 353-416.

NASCIMENTO, M. F. S.; ARAÚJO, M. S. S. Pessoas em situação de rua em São Luís/MA: quem são? In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 10., 2021, São Luís. **Anais eletrônicos** [...] São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2021. Disponível em:

<https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/anais.html>. Acesso em: 12 mar. 2023.

NETO, E. F. População em Situação de Rua: diálogos entre o ser, o estar e as políticas públicas diante do contexto de caos pandêmico da COVID-19 no Brasil. In: XIMENES, V. M.; ESMERALDO, A. F. L.; ESMERALDO FILHO, C. E. **Viver nas ruas**: trajetórias, desafios e resistências. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2022. p. 85-100.

PAIVA, I. K. S. DE; GUIMARÃES, J. População em situação de rua e a rede de atenção psicossocial: na corda bamba do cuidado. **Physics: Revista de Saúde**

Coletiva, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/TxqHGs9XCcxKxzXBvnyRmzb/#>. Acesso em: 10 mar. 2023.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 11-31, 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39643/PaimSistemaSaudeBrasilLancet2011.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 24 mar. 2024.

PAULINO, S. C.; OLIVEIRA, R. Vadiagem e as novas formas de controle da população negra urbana pós-abolição. **Direito em Movimento**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 94-110, 2020. Disponível em: https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistadireitoemovimento_online/edicoes/volume18_numero1/versaodigital/1/#zoom=z. Acesso em: 10 mar. 2023.

PERLS, F.; HEFFERLINE, R.; GOODMAN, P. **Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 1997.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 255-276, abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GRC4bkWgdyGnGfcvczDByNh/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 20 mar. 2024.

QUEIROZ, I. S.; JARDIM, O. M.; ALVES, M. G. D. "Escuta no pátio": cuidado e vínculo como práticas de redução de danos. **Pesquisa e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 11, n. 3, p. 650-668, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082016000300010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 mar. 2024.

RIBEIRO, A. P. *et al.* Saúde e segurança de profissionais de saúde no atendimento a pacientes no contexto da pandemia de COVID-19: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 45, n. 25, 12 ago. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/XMb5ddFXbpwB3CQxtPD3VBD/?lang=pt#>. Acesso em: 10 mai. 2023.

ROBINE, J. M. **O self desdobrado**: perspectiva de campo em Gestalt-terapia. São Paulo: Summus, 2006.

SANTOS, M. R. S.; DANTAS, C. M. B.; SILVA, J. V. T. "Nada sobre nós, sem nós": uma discussão sobre a importância de pesquisas participantes junto às populações em situação de rua e ao Movimento Nacional da População de Rua. In: XIMENES, V. M.; ESMERALDO, A. F. L.; ESMERALDO FILHO, C. E. **Viver nas ruas**: trajetórias, desafios e resistências. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2022. p. 357-378

SICARI, A. A.; ZANELLA, A. V. Pessoas em situação de rua no Brasil: Revisão sistemática. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 38, n. 4, p. 662-679, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/zZmF6jcYxpRqGS4b5QMX9sQ/>. Acesso em: 20 mai. 2023.

SOUZA, W. L.; NOBRE, M. T. A População em Situação de Rua e suas multiplicidades. *In*: XIMENES, V. M.; ESMERALDO, A. F. L.; ESMERALDO FILHO, C. E. **Viver nas ruas**: trajetórias, desafios e resistências. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2022. p. 395-418.

TORRES, L. M. *et al.* Significado atribuído por trabalhadores de saúde de Belo Horizonte - MG ao princípio da resolutividade nas ações cotidianas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 5, p. 822-828, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/44GDGS4BHK64QYNvj4J87td/#>. Acesso em: 20 mar. 2024.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) senhor (a) está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada **“A PERCEPÇÃO DO VIVIDO DE PSICÓLOGOS QUE ATUAM NO CONSULTÓRIO**

NA RUA EM SÃO LUÍS - MA” que tem como responsável o pesquisador Ramon Damião de Sena Santos, mestrando em Psicologia pelo Programa de Pós- graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão (Matrícula: 2021110895), orientado pela professora. Dra. Dayse Marinho Martins. A pesquisa tem como objetivo compreender a percepção do vivido pelos psicólogos que atuam no atendimento a população em situação de rua pelo Consultório na Rua no Município de São Luís do Maranhão. Tem como benefício a contribuição científica e social para compreensão e conhecimento deste fenômeno. Para isso, faz-se necessária sua disponibilidade para participar da mesma. Sua participação dar-se-á de maneira voluntária. Os riscos desta pesquisa podem ser a de relembrar situações vivenciadas que podem gerar sentimentos de tristeza, raiva, vergonha ou desconforto frente a figura do pesquisador, que podem ser assistidas ou direcionadas para atendimento psicológico. A entrevista de coleta de dados será gravada em gravador de aparelho celular para posterior transcrição e análise dos dados.

O (A) sr. (a) será informado e terá liberdade para tirar eventuais dúvida ou esclarecimento, a qualquer tempo, antes, durante ou após o aceite da participação da pesquisa. O (a) sr.(a) terá total liberdade para deixar de fazer parte desta pesquisa a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo quanto a sua escolha. Será garantida sua privacidade, sendo assim resguardada quaisquer informações e/ou identificação pessoal ou profissional, garantindo assim a confidencialidade de suas informações. O (a) sr. (a) será indenizado em decorrência de quaisquer eventuais danos causados pela pesquisa, conforme a lei, bem como será

ressarcido caso haja eventuais despesas diretamente motivadas por esta pesquisa, conforme a Resolução CNS nº 466/12 e a Resolução CNS nº 510/16.

Em caso de eventuais dúvidas, esclarecimentos ou desistência, favor entrar em contato com os responsáveis por esta pesquisa nos seguintes contatos:

Ramon Damião de Sena

Santos Telefone: 96-988094657

E-mail:

ramon.sena@discente.ufma.br

Dra. Dayse Marinho Martins

98-981156584

E-mail: dayse.mm@ufma.br

Endereço: PPGPSI/CCH Universidade Federal do Maranhão – UFMA,
Campus Bacanga.

Av. Dos Portugueses, 1966 - Bacanga. CEP: 65080040 – São Luís, MA – Brasil.

Eu,

_, declaro ter sido esclarecida sobre objetivos, benefícios e riscos desta pesquisa, bem como da garantia do anonimato e confidencialidade, além da liberdade de poder deixar de fazer parte da mesma a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

São Luís, _____ de _____ de
2023.

Assinatura por extenso da participante

Assinatura por extenso do pesquisador
responsável

Sobre o Comitê de Ética em Pesquisa: O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (**CEP/UFMA**) e seu Regimento Interno foram criados através da Resolução nº 460/CONSEPE, de 31 de maio de 2006. Seu registro foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), órgão do CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS), no dia 20 de junho de 2007. Vinculado à A Agência de Inovação, Empreendedorismo, Pesquisa, Pós- Graduação e Internacionalização (AGEUFMA) e à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), o Comitê de Ética e Pesquisa é uma instância colegiada interdisciplinar e independente, de natureza técnico-científica, consultiva, normativa, deliberativa e educativa. Com autonomia e ação no exercício de suas funções, destina-se a atuar no campo da ética em pesquisa.

Endereço do CEP - UFMA: Prédio CEB Velho. Av. Dos Portugueses, 1966
- Bacanga. CEP: 65080040 – São Luís, MA – Brasil.

Telefone: 3272-8708

E-mail: cepufma@ufma.br

APÊNDICE B – QUESTÕES NORTEADORAS

- 1) Gostaria que me contasse como se deu o seu início de atuação no Consultório na rua.
- 2) Como você vê o seu trabalho desenvolvido hoje?
- 3) Quanto ao trabalho em equipe, como se dá seu trabalho junto à outros profissionais?
- 4) Qual a sua percepção sobre o que você vive atuando no consultório na rua atendendo a população em situação de rua?

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DA PLATAFORMA BRASIL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Percepção do Vivido de Psicólogos que Atuam no Consultório na Rua em São Luís - MA

Pesquisador: RAMON DAMIAO DE SENA SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63930922.5.0000.5087

Instituição Proponente: PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.125.444

Apresentação do Projeto:

Optou-se pelo o tipo de pesquisa qualitativa de caráter descritivo em que será utilizado o método fenomenológico de pesquisa. A pesquisa qualitativa abarca em sua proposta a compreensão de um fato a partir da subjetividade do sujeito inserido naquele contexto e realidade pesquisada, estando assim alinhada com esta proposta de Investigação. Para isso, será realizada a pesquisa com Psicólogos que atuam no Consultório na Rua em São Luís - MA. Por se tratar de um público pequeno, entre 2 e 4 Psicólogos, optou-se por realizar a pesquisa com todos os Psicólogos que se colocarem disponível para participar da pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A análise dos dados se dará a partir do método fenomenológico empírico de análise proposta por Giorgi em que há a transcrição dos dados coletados por meio da entrevista para compreensão da experiência vivida sobre o fenômeno estudado, seguindo os quatro passos propostos pelo autor para análise dos dados:

1. Leitura das transcrições das entrevistas, a fim de que possa se compreender o sentido do todo da experiência;
2. Será feita a separação em unidades de significados com base nas perspectivas psicológicas a partir da leitura e releitura do conteúdo, quantas vezes forem necessárias, focando no fenômeno pesquisado;
3. Transformação das unidades de significados em linguagem psicológica com ênfase no fenômeno

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1968 CEB Velho
Bairro: Bezenço CEP: 65.080-805
UF: MA Município: SÃO LUÍS
Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8003 E-mail: cepufma@ufma.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA**



Continuação do Parecer: 6.125.444

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2000605.pdf	02/02/2023 18:35:31		Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_PROJETO.pdf	02/02/2023 18:34:05	RAMON DAMIAO DE SENA SANTOS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	02/02/2023 18:32:21	RAMON DAMIAO DE SENA SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Aterado.pdf	02/02/2023 18:31:16	RAMON DAMIAO DE SENA SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_PSR_Ramon_Sena.pdf	02/02/2023 18:29:26	RAMON DAMIAO DE SENA SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_CEP_Ramon_Sena_assinado .pdf	02/02/2023 18:24:35	RAMON DAMIAO DE SENA SANTOS	Aceito
Outros	APENDICE_B_Questoes_norteadoras.pdf	04/10/2022 15:01:48	RAMON DAMIAO DE SENA SANTOS	Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES_RAMON_SENA.pdf	03/10/2022 17:18:42	RAMON DAMIAO DE SENA SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_SEMUS.pdf	03/10/2022 17:15:06	RAMON DAMIAO DE SENA SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1988 CEB Velho
 Bairro: Bacanga CEP: 65.080-805
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8003 E-mail: cepufma@ufma.br

ANEXO B – ACEITE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO LUÍS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LUÍS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMUS
SUPERINTENDÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Nome do projeto de pesquisa: A percepção do vivido de Psicólogos que atuam no consultório na rua em São Luís - MA

Onde a pesquisa será realizada: Consultório de Rua

Autorizamos a aplicação de:

1.(x) Entrevista 2.() Acesso a prontuários 3.() Filmagem 4.(X) Questionários
5.() Fotografias 6.() Testes laboratoriais 7.(X) Observação 8.() Outros

Com os seguintes sujeitos:

1. (X) Usuário 2. (X) Profissionais 3. () Outros

Fica condicionada essa **autorização** à assinatura do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento – TCLE**, podendo ser revogada a qualquer momento sem prejuízo para a instituição, desde que sejam variadas situações de urgência/ emergência que assim exijam, ou emissão de comportamento inadequado com as normas do serviço público ou da ética em pesquisa por parte dos pesquisadores.

Pesquisa Coordenada: Dra. Dayse Marinho Martins.

Discente Envolvido: Ramon Damião da Sena Santos.

P/ Damião
Wiljânita C. Guimarães Barbosa
Coordenadora de comunicação e saúde
Mat. 1977652

Priscila Uchoa de Campos
Priscila Uchoa de Campos
Mat. 601370-1
Superintendente de Educação em Saúde

Livia
Livia Moreira Lima Abas
Responsável Técnica
Mat. 181307-2

Av. Dep. Raimundo Vieira da Silva, 2000 – Centro/Parque Bom Menino – CEP 65025-180. São Luís/MA

Fone: (98) 3214-7300 (Geral)