

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c02>

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Ariane Graças de Campos

ORCID: 0000-0003-3553-9228

Eduardo Sodré de Souza^I

ORCID: 0000-0002-9698-028X

Katia Muniz Amirati^{II}

ORCID: 0000-0002-5348-7145

Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim^{III}

ORCID: 0000-0002-5991-0135

Wilson de Castro Franco^{IV}

ORCID: 0000-0002-0743-6742

INTRODUÇÃO

VIVER NA RUA... SINA OU OPÇÃO?

Morar nas ruas certamente não é uma condição agradável. A exposição à violência e a dificuldade em acessar elementos básicos da vida, como alimentação, saneamento, higiene, roupas, calçados, moradia, saúde, vínculos familiares, trabalho, estudo, lazer, sono e repouso, refletem as privações que as pessoas ou população em situação de rua (PSR) experimentam. Sobre isso, há uma mentalidade construída socialmente que estar na rua é uma “escolha”, uma “preferência” ou um “gostar” de estar ali.

É possível escolher estar exposto às intempéries e adversidades do ambiente natural e social, como frio, chuva, violência e barulho de trânsito, dividindo espaços insalubres e desconfortáveis com transeuntes, desconhecidos e animais, como cachorros e roedores, pernoitando sobre um pedaço de papelão ou colchão molhado, dispendo apenas de cobertores ásperos e álcool para se proteger do frio. E se, neste mesmo dia frio e chuvoso, fosse ofertado dormir na segurança de sua casa em uma cama confortavelmente aquecida e na companhia de pessoas amadas?

Entendemos que estar em situação de rua não é apenas uma escolha, mas também a falta dela. A conveniência ou comodidade de se pensar sobre a escolha como única alternativa para a vida na rua pode nos isentar, enquanto sociedade, da corresponsabilidade por esta trágica realidade.

As iniquidades sociais, o preconceito e a discriminação são reflexos sociais que marcam as pessoas que se encontram em situação de rua. A indiferença, a exclusão e a ausência de acesso à direitos favorecem a permanência das pessoas nos logradouros públicos. Por isso, não deve ser relacionada à “força de vontade” individual, mas, sobretudo a uma “força de vontade” política e social: sair das ruas é um processo coletivo!

É com base nessa percepção sobre o nosso papel na transformação ou manutenção da realidade que este

^IUniversidade Anhembi Morumbi.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{II}Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{III}Universidade Federal de São Carlos.
São Carlos, São Paulo, Brasil.

^{IV}Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim.
São Paulo, São Paulo, Brasil.

Autora Correspondente:

 Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim
tatienf@gmail.com

Como citar:

Campos AG, Souza ES, Alecrim TFA, Amirati KM, Franco WC. Cuidados de enfermagem à população em situação de rua. In: Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES. (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 12-26 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c02>

Revisor: Prof. Dr. Anderson da Silva Rosa.
Universidade Federal de São Paulo.
São Paulo, São Paulo, Brasil.



capítulo tem como objetivos apresentar aspectos históricos, teóricos e práticos sobre o cuidado em saúde, mais especificamente o de enfermagem, para a população em situação de rua e oferecer recomendações para práticas de cuidado pautadas em preceitos técnicos, éticos e estéticos.

SOBRE QUEM ESTAMOS FALANDO?

A Política Nacional para a População em Situação de Rua define PSR como

grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Art. 1º, § único)⁽¹⁾.

Por suas características, perspectivas e dinâmicas diversas, as PSR encontraram nas ruas meios possíveis e alternativos para sobrevivência e convivência individual e coletiva.

Convivem e sobrevivem nas/das ruas pessoas que imigraram ou estão refugiadas dos seus países, desempregadas, que receberam alta judicial ou evadiram do sistema prisional, egressas dos sistemas psiquiátrico, que usam de forma prejudicial substâncias psicoativas, vítimas de extrema pobreza, condições de miséria, violência intrafamiliar, desprovidas de vínculos afetivos fortes, entre outras⁽²⁻³⁾.

No Brasil, segundo a única Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, realizada em 2008 pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, foram identificadas 31.922 PSR. Essas tinham mais de 18 anos e estavam distribuídas em 71 municípios do Brasil, exceto as cidades de São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre⁽²⁾.

Esse número é quase o que se identificou somente no município de São Paulo, no censo sobre PSR de 2019. O total de 24.344 PSR teve um aumento de 82,7% em comparação ao resultado do mesmo censo realizado em 2000. Na comparação com crescimento da população em geral no período entre 2000 e 2009, esse aumento foi dez vezes maior⁽⁴⁾.

A pesquisa nacional revelou que 82% das PSR é masculina e 18%, feminina. Predominaram pessoas negras (67%), com idade entre 25 e 44 e em exercício de algum tipo de atividade laboral remunerada (70,9%), dentre as quais 58,6% relataram ter profissão. Entretanto, 19% não têm acesso a, pelo menos, uma refeição diária, mas metade das PSR tem contato com algum familiar na cidade⁽²⁾.

Prevaleceram relatos de trabalhos informais, dentre eles catador de materiais recicláveis (27,5%), “flanelinha” (14,1%), construção civil (6,3%), entre outras, como ajudantes de carregamento⁽²⁾.

Os dados mais recentes do município de São Paulo indicam perfil semelhante no que se refere à identidade de gênero, idade e atividade laboral, entretanto sinalizou aumento das pessoas idosas e, pela primeira vez, indicou dados sobre a população LGBT+, cujas vulnerabilidades se acentuam nas ruas⁽⁴⁾.

O conjunto de dados sociodemográficos e científicos disponíveis sobre a saúde das PSR revela a necessidade de ações intersetoriais específicas para o cuidado em saúde, no qual a enfermagem exerce um papel de grande relevância.

A compreensão sobre dados sociodemográficos em articulação com aspectos históricos, que citaremos a seguir, podem contribuir para a formação profissional e planejamento de serviços, ações e estratégias de cuidado em saúde para esta população.

BREVE HISTÓRICO SOBRE A SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Fatos e acontecimentos de desigualdades sociais estão descritos na história, revelando que o viver na rua não é um evento recente. No Brasil, os ex-escravos “libertos” e seus descendentes foram os primeiros a vivenciar a rua como um espaço de moradia e garantia do sustento⁽⁵⁻⁶⁾.



A PSR tem características específicas, um estilo de vida próprio, em um espaço próprio, sobrevivendo em um tempo individual e coletivo que se difere do convencional, e por esta característica necessita suprir as suas necessidades básicas de vida de modo imediato⁽⁷⁾.

O contexto da pessoa em relação à rua é discutido por Escorel⁽⁸⁾ como consequência da exclusão social, na qual a mulher e o homem ficam impossibilitados de exercerem plenamente suas potencialidades de condição humana. Castell⁽⁹⁾ utiliza o termo “desfiliação” como a desagregação da comunidade ao qual estava vinculado, para descrever o processo pelo qual a rua é “adotada” pelas pessoas, ressaltando que a precariedade do trabalho, o desemprego e a fragilidade do vínculo familiar são atributos que tornam a rua um local ainda mais vulnerabilizante.

Neste percurso histórico de desfiliação social, as PSR, desprovidas do direito à saúde, contaram com lutas de movimentos sociais, academia e profissionais de saúde para a conquista da saúde como direito previsto na Lei. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do artigo 198 da Constituição de 1988⁽¹⁰⁾, ampliou a cobertura de saúde para todos os brasileiros, responsabilizando o Estado sobre o dever de garantir saúde a todas as pessoas com base nos princípios da universalidade, integralidade e equidade⁽¹¹⁾.

O Programa de Saúde da Família (PSF), criado na década de 90, fortaleceu as estratégias para mudança do modelo biomédico e deu prioridade para as ações de Atenção Primária à Saúde (APS). Entretanto, esse avanço não resultou no acesso imediato das PSR à saúde, cujo ingresso aos serviços se dava predominantemente pelos prontos-socorros. A manifestação de junho de 2003, comemorada anualmente e conhecida como Dia Nacional de Luta da População em Situação de Rua, inseriu-se neste cenário e naquela época tinha como reivindicação central o direito à saúde⁽¹¹⁾.

No município de São Paulo, essa reivindicação culminou na criação do Projeto A Gente na Rua, cujo objetivo foi promover o acesso das PSR aos serviços de saúde e garantir atenção integral às suas necessidades com foco na emancipação. Esse projeto era formado pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), composto por enfermeiras(os), Agentes Comunitários de Saúde de rua, assistentes sociais e coordenação. Em 2008, essas equipes foram ampliadas para a Estratégia Saúde da Família sem Domicílio (PSF Especial), com composição de equipes semelhantes às do PSF tradicional: médico(a) (1), enfermeiro(a) (1), auxiliares de enfermagem (2) e Agentes Comunitários de Saúde (6). Essas equipes ofereciam cuidados nos ciclos de vida e programas prioritários, como tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão e outros⁽¹²⁻¹³⁾.

Estratégias específicas, como a de Redução de Danos (RD), foram incorporadas nos serviços de saúde, considerando-se a alta prevalência de uso prejudicial de álcool e outras drogas⁽¹⁴⁾. Sobre essa situação, o Consultório de Rua, concebido em 1997 pelo professor Antônio Nery Filho, teve importantes contribuições sobre a saúde das PSR, uma vez que realizava atendimentos às pessoas que faziam uso de substâncias psicoativas no próprio espaço da rua. Essa experiência, desenvolvida em Salvador entre 1999 e 2006, devido à sua relevância sanitária, foi incorporada, em 2009, como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD) no SUS e, em 2010, do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC)⁽¹⁵⁾.

O Consultório de Rua estava vinculado às políticas de saúde mental e atenção integral a usuários de drogas até janeiro de 2011⁽¹⁶⁾. A partir de então, com atenção à efetivação da Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, por meio das Coordenações Nacionais de Saúde Mental e de Atenção Básica, o mesmo sofreu mudanças no seu modelo de atenção, passando o vínculo para a Coordenação Nacional de Atenção Básica.

Com o propósito de abordar as demandas das PSR tendo em vista a saúde integral, essa estratégia passa a ser denominada Consultório na Rua (CnaR) e sua característica multidisciplinar tem como proposta, até hoje, a ampliação do acesso à saúde da PSR. A oferta dos cuidados em saúde *in loco*, de forma itinerante ou nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), integrando outros serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), como



os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de urgência e emergência, entre outros, passaram a ser uma nova forma de atuar com as PSR⁽¹⁶⁾.

As equipes de CnaR são compostas por enfermeiras(os), auxiliares ou técnicas(os) de enfermagem, agentes de proteção social, Agentes Comunitários de Saúde, psicóloga(o), assistente social, terapeuta ocupacional, médica(o), cirurgiã(o) dentista, educador(a) física, profissional com formação em arte e educação^(1,17-18). Atualmente, o município de São Paulo tem implantadas vinte e cinco equipes de CnaR, todas de modalidade III, sendo compostas pelos seguintes profissionais: enfermeira(o), auxiliar de enfermagem, agente de proteção social, Agente Comunitário de Saúde, assistente social, psicóloga(o), médica(o), auxiliar administrativo, motorista e equipe de saúde bucal.

Esta perspectiva abrangente e multiprofissional do cuidado à saúde das PSR exige uma atuação, igualmente ampla, que contemple a complexidade e a heterogeneidade inerentes à situação, além de uma compreensão aprofundada sobre essas pessoas, suas realidades e necessidades em saúde. Sobre isso, é fundamental avançar para uma atuação que não se restrinja aos limites disciplinares de cada profissão, mas que seja capaz de integrar saberes populares, técnicos e científicos na elaboração de estratégias e ações, tal como prevê o cuidado cultural de enfermagem.

CUIDADO CULTURAL DE ENFERMAGEM

O cuidado biológico e tecnicista é insuficiente para abarcar o processo saúde-doença da PSR, sendo necessário o diálogo com as ciências sociais e humanas⁽¹⁹⁾.

Na introjeção de códigos culturais, segundo a antropologia simbólica/interpretativa, o indivíduo passa por dois momentos distintos: o primeiro, a socialização primária, é concebida como a internalização de elementos da cultura, iniciado na infância dentro da família; o segundo, a socialização secundária, na qual há a internalização das diversas subculturas, por meio da escola, profissão, trabalho, e outros espaços. Essas últimas entram em choque com a primeira, socialização primária, devendo se sobrepor às já existentes⁽²⁰⁾.

Utilizaremos nesta seção o referencial teórico de enfermagem de Madeleine Leininger⁽²¹⁾, a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.

A Teoria possui conceitos que dialogam com o cuidado ao morador de rua, que possui uma cultura própria das ruas, com códigos (cultura), valores, crenças e costumes, apreendidos e transmitidos e que precisam ser conhecidos e valorizados no momento de negociar o cuidado de enfermagem, relacionando a vulnerabilização a que estão expostos, bem como com a própria dinâmica da rua⁽²²⁾.

A dinâmica da rua é compreendida por diversos fatores, cujos modos de vida, ou seja, os meios para conseguir dinheiro, procurar locais para dormir, comer (boca de rango) e fazer higiene pessoal, podem ser potencializados pelo uso prejudicial de substâncias psicoativas e a falta de referência temporal, como dias e horários. Soma-se a esses fatores a necessidade de cuidar do “mocó” ou “maloca” lugar da via pública onde (con)vivem e/ou guardam seus pertences⁽²³⁾.

A comunicação é um elemento importante no que se refere ao trabalho em saúde com pessoas ou grupos com traços culturais específicos e diferentes. A enfermagem atua com elementos da comunicação verbal e não verbal e, por isso, no trabalho com PSR, deve estar atenta ao seus sinais e realizar uma assistência livre de julgamentos, buscando compreender como se organizar a vida dessas pessoas, sobretudo no que se refere ao tempo que, no caso da PSR, é o tempo “presente”, em função do modo de vida e dos desafios que tem que enfrentar⁽²⁴⁾.

Na prática, o que se observam são representações distorcidas sobre as PSR. A sociedade, incluindo pessoas, profissionais, instituições públicas e filantrópicas, tende a representar o morador de rua como alguém que não tem vontade, história, valores e costumes. Por isso, há imposição de valores próprios, desconsiderando a autonomia das mesmas e uma expectativa de que aceitem passivamente tudo o que lhes é oferecido⁽¹²⁾.



A PSR, ao experimentar esta situação, sofre mudanças estruturais, psíquicas, comportamentais e de introdução de novos códigos (cultura), que viabiliza a sobrevivência neste novo universo, no esforço de agregar a nova subcultura que, dito de outra forma, refere aos códigos oriundos das socializações secundárias que esta pessoa passa a vivenciar.

À enfermagem compete conhecer e se apropriar dessa nova ordem de vida, visão de mundo e cultura, na tentativa de se aproximar da realidade da pessoa a ser cuidada, tendo em vista que essa prática exigirá que essas(es) profissionais examinem e confrontem suas culturas (socializações primária e secundária) e o conhecimento técnico, a fim de ampliar a perspectiva e aproximação real com o contexto em que a PSR se insere ou foi inserida.

A escuta e a percepção atentas são elementos essenciais para a assistência de enfermagem que, invariavelmente, se defrontará com um universo interno de crenças e valores que precisaram ser questionados o tempo todo, principalmente quando for advogar (*advocacy*) sobre mudanças nos processos de trabalho dos serviços públicos.

O cuidado ampliado da enfermagem deve se vincular aos desejos, expectativas, necessidades, anseios e sonhos da PSR. Estabelecer uma relação horizontalizada, na qual se legitima uma humanidade compartilhada entre a PSR e profissionais de enfermagem, permite construção de um cuidado integral e longitudinal, a partir do qual o tempo é respeitado na satisfação das necessidades em saúde (imediatismo) e as demandas adaptadas, sendo necessário inverter a lógica de enquadramento dessas pessoas dentro de serviços de saúde e processos de trabalho engessados.

Lembrem-se que será sempre um esforço de aproximação, pois experienciar a rua, na condição de profissionais de enfermagem, nunca nos colocará em posição de total conhecimento sobre a PSR e seu modo de vida. A rua é um vasto universo, no qual somos meros aprendizes. Assumindo essa posição, cabe-nos buscar outras formas de entendimento, aproximação e de estratégias de cuidado conjunta e que façam sentido para a PSR. É fundamental respeitar alguns limites, pois as pessoas devem ter sua vontade respeitada, independente das nossas crenças e perspectivas.

AS ENFERMIDADES E O MORAR NA RUA

As formas como as PSR vivem e se relacionam na/com a rua, bem como o grau de vínculos sociais e o tempo de permanência nesta situação, são elementos que permitem diferenciá-la em três grupos distintos: pessoas que ficam circunstancialmente na rua; pessoas que recentemente estão em situação de rua; e pessoas que ficam permanentemente na rua.

Essa forma de classificar a população em situação de rua, ou seja, em ser, estar ou ficar na rua⁽²⁵⁾, por muito tempo, orientou a compreensão sobre os processos de adoecimentos específicos desta população, as vulnerabilidades impostas e as abordagens e interações possíveis para a superação dos riscos e doenças instaladas.

O fato de estarem abrigadas ou pernoitando nas ruas, o acesso à alimentação e a higiene também são fatores indicados como determinantes do processo saúde-doença-cuidado desta população⁽²⁶⁾. Sobre esses fatores, a enfermagem pode se valer de tais conhecimentos para propor estratégias e técnicas, criativas e contextualizadas de cuidado em saúde.

No que se refere aos processos de adoecimento desta população, é importante ressaltar que o significado do adoecer na rua pode não ser o mesmo, quando comparada à população em geral.

A complexidade e a heterogeneidade da vida na rua resultam em potenciais de desgastes em saúde ou na capacidade de “gastar a própria vida”⁽²⁷⁾, que, muitas vezes, diferem de outros grupos populacionais, pelas especificidades em relação à sua dinâmica, interpretações e possibilidades de superação de situações adversas.

A vida na rua impõe e propõe formas de viver e de se preservar para não adoecer. Nesse sentido, a rua se configura como um *locus* específico e contra hegemônico de produção de cuidado, considerando-se o caráter higienista, generalista ou universalizante das diretrizes e das políticas públicas de saúde.



A pluralidade que caracteriza a situação de rua, atrelada à forma como se originam as complexas relações das pessoas deste grupo consigo mesmas, com outras e com o meio (incluindo serviços de saúde), repercute, às vezes, de forma negativa em relação à saúde. Suas necessidades em saúde, interpretações dos sinais e sintomas e o acesso aos recursos para saúde são, muitas vezes, específicos e diferentes, podendo “camuflar” processos de adoecimentos (im)previstos pelas equipes dos serviços de saúde.

Por exemplo, sabe-se que a dor da PSR pode ter várias causas e nem sempre acomete o físico ou pode ser quantificada. Na maioria das vezes, as PSR sofrem de dores emocionais, cuja identificação e tratamento são subestimados. A experiência de dor para a PSR deve ser compreendida na relação com o tempo, dinâmica da rua, interpretação, emoções e reações⁽²⁸⁾.

O estigma, a solidão, desilusões amorosas e outras situações de ordem social, econômica, cultural e política podem interferir ativamente no processo saúde-doença-cuidado, bem como nas respostas dessas pessoas ao mesmo. Sobre isso, é importante sinalizar a necessidade do uso de métodos e técnicas não convencionais ou padronizados para identificação, recuperação, manutenção de saúde e prevenção de doenças.

Trata-se de buscar ou desenvolver uma abordagem específica relevante, pois os problemas de saúde que afetam a PSR impactam diretamente na sua dinâmica e pode ser responsável por perdas significativas representadas por comprometimentos em relação às suas capacidades funcionais, que limitam as forças que garantem a sua sobrevivência e podem resultar na sua morte⁽²⁶⁾.

Esses autores listaram os problemas de saúde mais comuns entre as pessoas em situação de rua:

- Abuso de substâncias psicoativas;
- Infecção pelo HIV/AIDS;
- Transtornos mentais;
- Problemas odontológicos;
- Afecções dermatológicas;
- Problemas gastrintestinais;
- Violências (física, sexual e institucional);
- Tuberculose.

Afirmam ainda que as diferentes formas de violência - física, sexual e institucional - são comuns e assumem uma posição de destaque na relação das doenças mais comuns entre a PSR. Tratam-se de ocorrências corriqueiras provocadas por pessoas na mesma situação ou não, bem como por parte de representantes de instituições que representam o Estado, como a polícia, frequentemente mencionada⁽²⁶⁾.

Esse problema de saúde, gerado por diferentes fatores isolados ou articulados, pode ser a causa de processos de adoecimentos e afastamentos dos serviços de saúde que geralmente já têm o acesso dificultado. Forma-se um ciclo de exclusão, violência e adoecimento, que parece retroalimentar e deteriorar gradativamente a saúde e expectativas de vida das pessoas em situação de rua.

A hanseníase e algumas neoplasias, que são doenças estigmatizantes, assim como a tuberculose e a infecção por HIV e, conseqüentemente, a AIDS, já citadas, mas também homicídios, traumatismos por atropelamentos, dores diversas, gripes, ferimentos, problemas uterinos e oftalmológicos, representam preocupações importantes em relação à saúde das PSR^(26, 29).

Com isso, advertimos para que possamos desenvolver um olhar mais atento para as potencialidades dessas pessoas e os (e)feitos das lógicas excludentes e opressoras que (re)produzem doenças e mortes mesmo a partir de práticas oriundas do campo da saúde.

Despertar para um novo olhar e atuar sobre as causas e efeitos das vulnerabilidades é condição sem a qual não se produzirá saúde para esta população, que tem o direito ao nosso engajamento ético e político em um movimento de produção de cuidado que, de fato, possa resultar em autonomia e liberdade, tal como é previsto nas teorias de enfermagem e em outros documentos sobre o cuidado em saúde.



É fundamental compreender a integralidade do ser e do cuidado, para que neste sejam contemplados os determinantes socioculturais do processo saúde-doença em relação ao que requer atenção sobre as formas como a PSR interpreta seu processo de adoecimento e reage na busca ou recuperação pela saúde, incluindo o itinerário terapêutico (redes formais e informais de cuidado) que percorre neste processo.

Neste contexto, as necessidades em saúde específicas, em sua maioria relacionadas com os determinantes sociais de saúde, e a posição que a enfermagem ocupa nos sistemas de saúde convocam para a compreensão e uso de novas ou diferentes abordagens de cuidado de enfermagem que, a partir das suas diferentes dimensões do processo de trabalho (assistencial, educativa, gerencial e pesquisa), possam subsidiar teorias, práticas e políticas públicas de saúde específicas, tendo em vista melhores desfechos na saúde dessa população.

ESTRATEGIAS DE CUIDADO A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: O IMPORTANTE PAPEL DA(O) ENFERMEIRA(O) DIMENSÃO ASSISTENCIAL DO CUIDADO

Conhecer as PSR nos permite ouvir histórias e identificar alguns olhares que elas recebem de transeuntes, que podem ser interpretados como medo, nojo, piedade, raiva e o não olhar⁽¹⁴⁾. Esses olhares, muitas vezes, influenciam suas dinâmicas de vida e, conseqüentemente, as buscas por cuidados nos serviços de saúde.

No atendimento às PSR, é comum depararmos com situações de alta vulnerabilidade como: violência (física, psicológica e sexual); negligência em saúde; insegurança alimentar no que se refere à regularidade de oferta, bem como a qualidade nutricional; ingestão de água não tratada; sono prejudicado; variações do clima (exposição ao vento, chuva, calor e frio); autocuidado precário; e usuários com histórico de múltiplas internações. As condições de vida e o contexto social neste território são produtores de agravos à saúde em seu sentido amplo^(14, 30-32).

É fundamental que a(o) enfermeira(o) com experiência ou com afinidade sobre o tema “situação de rua” possa (re)organizar os processos de trabalho no serviço que acolherá e atenderá essa população. A estruturação da agenda dos profissionais de saúde deve garantir horários de atendimento dentro e fora do serviço e protocolos de atendimentos, repensando cotidianamente a sua prática assistencial, a fim de singularizar os cuidados a esta população, qualificação da equipe e das informações nos formulários de atendimento, são exemplos que podem ser utilizados por enfermeiras(os).

No que se refere à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a realização da anamnese pode ser um grande desafio para as(os) profissionais de enfermagem. Ao ser perguntado há quanto tempo tem uma lesão de pele, uma PSR pode responder que não sabe, porque há muito tempo não se olha no espelho ou porque, como já mencionado, a referência de tempo pode ser outra. Além disso, podem haver confusões sobre as interpretações dos sinais e sintomas do corpo. A febre e calafrios podem ser relatados fazendo referência às baixas temperaturas do vento da noite. Pode ser, ainda, que a PSR aparente emagrecimento, porque suas roupas são doadas e acima do seu tamanho. É imprescindível que o profissional de saúde reconheça a necessidade da escuta qualificada para essa população e busque apoiar, sem imposições, a construção de uma história clínica, diagnóstico e projeto terapêutico adequados ao indivíduo⁽¹⁴⁾.

A dificuldade recorrente de acesso ao sistema de saúde, acrescida da luta diária pela sobrevivência, faz com que muitas pessoas em situação de rua, mesmo visivelmente adoecidas, neguem estar com qualquer problema de saúde. Tal fenômeno não costuma se dar por dissimulação, mas pelo silenciamento de sinais e sintomas que, pouco a pouco, foram se incorporando àquilo que o indivíduo passou a considerar como condição de normalidade para si. Caberá então como tarefa adicional às equipes de atenção à saúde dessa população apoiar o despertar do olhar do cidadão para si mesmo como alguém que pode encontrar uma nova “normalidade” de direito e de saúde mais compatível com a vida e a dignidade humana⁽¹⁴⁾. Carneiro Junior e Silveira⁽³³⁾ indicam que os agravos de saúde são valorizados pela PSR quando esses interferem na sua itinerância, como situações que tragam falta de ar ou dificuldade para deambulação.



A garantia ao acesso das PSR aos serviços de saúde atualmente está facilitada pela presença de equipes de CnaR em todo o país, sendo no nosso município um total de 25 equipes.

No município de São Paulo, temos equipes específicas para atendimento da população em situação de rua há muitos anos, porém uma pergunta se faz necessária: Até quando precisaremos de políticas afirmativas para atendimento da PSR para garantir esse acesso?

A equipe de enfermagem, sendo, prioritariamente, a equipe que acolhe a população nos serviços de saúde, é quem primeiro se deparará com diversas situações complexas nos cuidados da PSR, como algumas que trataremos ao longo do texto.

Como é possível garantir a coleta laboratorial de alguém em situação de rua no que confere ao horário de atendimento dos serviços? Para as PSR, que muitas vezes precisavam se manter acordadas a noite toda para evitar violências, como manter o horário das sete horas da manhã como o único horário possível de coleta? Qual é o papel da(o) profissional enfermeira(o) na adequação dos horários de coleta e pactuações laboratoriais?

Como garantir adequadas técnicas de realização de curativos para tratamentos de feridas agudas ou crônicas, garantindo regularidade do procedimento para alguém que se recusa (pelas mais diversas razões) a estar no serviço de saúde para o cuidado? Qual o papel da(o) enfermeira(o) de Atenção Básica nesta busca ativa dos casos em situação de rua?

Qual é o papel da(o) enfermeira(o) no acompanhamento das gestantes em situação de rua? A gestação constitui um momento/ciclo de vida que remete a diversas mudanças na vida da mulher, do casal, ou até mesmo da família. E na rua? Que outras situações a rua traz? Interromper o uso de drogas na gestação, sair das ruas para “viver” a gestação, lidar com uma gravidez indesejada ou até mesmo originada pela violência, retomar o contato familiar frágil, garantir abrigo possível no pós-parto, perder a guarda familiar são questões fundamentais a serem trabalhadas pelos profissionais que realizam o pré-natal de rua e na rua⁽³⁴⁾.

A família em situação de rua tem o direito do pré natal, e este poderá ocorrer nos mais diversos espaços de cuidado, como um consultório de UBS, uma praça pública qualquer ou ainda dentro de uma tubulação de esgoto das grandes Marginais de nossa cidade, sim! É lá que devemos procurá-las, fazer buscas ativas de atraso menstrual, sim! É lá que nós, enfermeira(os), podemos examiná-las, realizarmos a ausculta cardíaca de seu bebê, um grande momento de estabelecimento e fortalecimento entre o binômio.

Cabe também ao(à) profissional enfermeiro(a) apoiar esta mulher/família na garantia de seus direitos, como acesso a tratamento para dependência de drogas, se assim for seu desejo/necessidade, ajuda na obtenção de documentação, encaminhamento da mesma para a defensoria pública e serviços socioassistenciais, garantindo segurança nutricional e de higiene, além de apoio na busca de espaços de acolhimento/moradia, enquanto gestante e, posteriormente, enquanto puérpera.

Novamente, sinalizo o papel da(o) enfermeira(o) neste processo de cuidado, um papel enquanto questionador das práticas que se adequam às realidades das ruas, um papel de elaborador de projetos de cuidados flexíveis, individualizados e criativos, um(a) enfermeiro(a) que tensione com seus gestores e com seu conselho de classe a pensar em notas técnicas e resoluções que atendam às necessidades de cuidados de enfermagem para a PSR.

O processo de enfermagem prevê diversas técnicas e procedimentos que usualmente ocorrem dentro do serviço de saúde, em espaço protegido e de fácil acesso a insumos e apoio de outros/as profissionais. Cuidar da PSR, porém, significa muitas vezes ter a rua como espaço para o cuidado, trazendo assim novos desafios. Continuemos falando sobre a gestação e o pré natal nas ruas, apesar das reflexões servirem para todos os cuidados a serem desenvolvidos no território – rua. Um exemplo de situação que exige o repensar do trabalho cotidiano com a população em situação de rua são os casos de gestantes e/ou seus parceiros com resultados sorológicos positivos para sífilis. Sabemos que já existe o medo na aplicação de medicações injetáveis, a grande dificuldade de manter a regularidade da aplicação, segundo prescrição da penicilina



benzatina, que garanta o tratamento correto; somado a isso, para a situação de rua, está a discussão de fazer ou não a aplicação de penicilina fora do serviço de saúde.

Nosso aprendizado na relação com esta medicação está no potencial risco de efeitos colaterais graves em sua aplicação e necessidade de manejo da mesma dentro do serviço de saúde. No caso de mulheres que se recusam a este cuidado no espaço do serviço de saúde, mas aceitam em seu local de moradia/convivência/alimentação, o que faremos? Manteremos as orientações técnicas que recebemos em nossa formação e insistiremos para que esta família venha até o serviço para realizar este tratamento? Caso nossa capacidade de diálogo para que esta família vá até o serviço de saúde não seja suficiente para garantir tratamento em tempos adequados para ser considerado válido, o que podemos fazer? Responsabilizar individualmente aquela mulher por possíveis alterações congênitas de seu filho? Questionar protocolos de tratamento para sífilis para pessoas em situação de rua? Organizar material de suporte e atendimento para ser levados à rua, para atendimento de possível reação anafilática e parada cardiorrespiratória? As respostas para essas questões, de fato, estão longe de serem simples, como a situação de rua também não é.

Nosso posicionamento e enfrentamento técnico exigirão conhecimento, reflexões, responsabilidade ética, compromisso, empatia e dever profissional na garantia de acesso ao SUS.

É também responsabilidade da(o) enfermeira(o) e sua equipe, realizar o levantamento do número de pessoas em situação de rua que existem em seu território, conhecer seus itinerários terapêuticos por cuidados nas redes formais e informais, conhecer quais os espaços que oferecem banho, alimentação, acolhimento, lavagem de roupas, convivência em seu território de trabalho. É necessário conhecer e articular cuidados compartilhados com redes informais, como igrejas, que distribuem alimentos no território ou que oferecem o espaço religioso para que as PSR possam se higienizar, bem como visitar e conhecer organizações não governamentais que realizam trabalhos voluntários com a mesma. Ou seja, é importante que a equipe de saúde tenha a certeza que o cuidado com e para a PSR não se restrinja aos serviços de saúde e que a potência, a resolutividade e a eficiência do cuidado estarão diretamente relacionadas a essas articulações.

DIMENSÃO GERENCIAL DO CUIDADO

As variáveis que interferem no acesso aos cuidados de saúde da PSR são diversas, como a organização dos serviços de saúde, com filas, longo tempo de espera, bem como a dificuldade dos profissionais no atendimento. A condição de higiene com que buscam os serviços de saúde, por vezes precária, resulta em atitudes preconceituosas⁽³²⁾.

Enquanto gestores de políticas públicas, como podemos, por exemplo, garantir acesso da PSR aos serviços de saúde em caso de desprovimento de documentos de identificação pessoal? Acreditamos que a(o) enfermeira(o) que ocupa um lugar de gestão local, regional ou central precisa refletir e provocar os serviços para tal questão, problematizando o acesso universal ao SUS a todas(os) as(os) cidadãs(ãos). Essa questão deve ser pauta das reuniões de equipe dos serviços, de notas técnicas e informes aos serviços e conselho de classe.

A Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua, de 2008, revelou que 18,4% da PSR deles já foi impedida de receber atendimento na rede de saúde⁽²⁾. Assim, devemos ter especial atenção a ações de preconceito e negligência que possam ocorrer nos espaços de atenção à saúde onde estamos inseridos.

Aprendemos e apreendemos que a área da saúde sozinha não dá conta de cuidar de PSR. Esse cenário de cuidado é indubitavelmente interdisciplinar, interprofissional e intersetorial, pois qualquer profissional, setor ou campo teórico que o enfrente de forma individual estará cometendo grandes erros⁽¹³⁾.

É na intersetorialidade que temos a possibilidade de abordar amplamente as questões e dificuldades sociais mais complexas, nas suas múltiplas dimensões. Nessa perspectiva, apresentam-se as vulnerabilidades sociais, que requerem intervenções em rede, contemplando os diversos representantes das políticas públicas – saúde, assistência social, educação, habitação, entre outros⁽³⁵⁾.



Assim, é fundamental que as(os) gestoras(es) dos serviços de saúde organizem os processos de trabalho das equipes multiprofissionais, de modo a contemplar agendas para discussões de caso com a rede interseccional, apoio matricial para cuidar da complexidade “da rua”, entre outros.

Ainda no que se refere ao papel de enfermeiras(os) gestores dos serviços de saúde, cabe trazer reflexões sobre situações cotidianas de cuidado à população em situação de rua. Quais são os espaços de cuidados para PSR com perda de autonomia e independência para as atividades de vida diária? Muitas dessas pessoas não possuem indicação para estarem em serviços hospitalares, por não mais se encontrarem em condições agudas para o cuidado e precisam de um espaço para que possam garantir sua reabilitação física e psicossocial. Quais seriam esses espaços de cuidados para pessoas que não possuem moradias?

Como garantir a tomada adequada de medicamentos para PSR, portadoras de transtornos mentais graves que não possuem rede de apoio? É possível pensar em tratamentos supervisionados em saúde mental dentro dos serviços de Atenção Básica para além dos serviços especializados, como os CAPS? Quando pensar em internações psiquiátricas para PSR? Quais os limites entre a negligência e o respeito à autonomia no cuidado de PSR com quadro psicótico sem tratamento medicamentoso que está em situação de extrema vulnerabilidade para violência, insegurança alimentar, hipotermia, entre outros?

Existe a necessidade de espaços híbridos de cuidados para PSR? Qual a composição desses espaços? Qual a viabilidade econômica/financeira desses espaços de cuidados? Como o gestor de políticas públicas pauta as demandas da PSR dentro da Secretaria de Saúde local e traz as reflexões e desafios deste cuidado para os conselhos gestores de saúde? Como dialogamos e pactuamos ações com os movimentos representativos do controle social das ruas, como Movimento Nacional e Estadual da PSR? Qual a nossa responsabilidade ao possibilitar e estimular que uma PSR faça parte do conselho gestor da unidade de saúde em que desenvolvo meu trabalho?

DIMENSÃO EDUCATIVA DO CUIDADO

Todas as reflexões trazidas por nós até aqui seriam menos complexas, ou, pelo menos, não inéditas, se pudéssemos fazê-las ainda durante nosso percurso formativo. Há de se pensar na formação curricular dos profissionais enfermeira(os), quer seja nas disciplinas curriculares ou extra curriculares, na extensão universitária ou nos projetos de iniciação científica.

Pouco se fala sobre o papel da(o) enfermeira(o) no cuidado às populações vulnerabilizadas, dentre elas a PSR. Apesar de esta população fazer parte dos cenários dos grandes centros urbanos e da maioria das cidades, ela não faz parte, na maioria das vezes, do cenário de formação das universidades e faculdades, assim podemos refletir sobre o papel desses centros formadores.

Brêtas e Rosa¹³ relataram uma experiência iniciada em 1995 de formação durante a graduação de enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem – Universidade Federal de São Paulo. As atividades de ensino eram realizadas em um centro de convivência para PSR. Segundo a autora:

Enquanto ensinávamos a assistência de Enfermagem, observávamos que parte significativa do conhecimento, habilidades e competências, que havíamos assimilado, tinha pouca aplicabilidade no cotidiano dos atendimentos junto a essa população. [...] Sabíamos promover a saúde, prevenir e tratar doenças de pessoas que tinham local de moradia, mesmo que precário. Utilizávamos modelos de atenção centrados em conceitos de família, território adscrito, distritos sanitários, entre tantos que trabalham com situações de vulnerabilidade e desigualdade social, contudo, pouco se valem da noção de pobreza absoluta que assolava os sem-teto urbanos que atendíamos. Quase tudo que ensinávamos tinha pouca aplicabilidade na rua, o que nos obrigava a constante (re)construção do conhecimento. (p. 7-8)⁽¹³⁾

Podemos refletir sobre a formação profissional de enfermeiras(os) nos dias de hoje. Estamos formando profissionais para cuidarem de qual população e para trabalharem em quais serviços? Quais conceitos são priorizados no percurso formativo da(o) enfermeira (o)?



Segundo Maffaccioli e Oliveira⁽³⁶⁾, os desafios ao cuidado de enfermagem a populações em situação de vulnerabilidade podem ser superados, ao ampliarmos nossas perspectivas sobre a existência humana, a partir de um posicionamento ético compatível com a defesa de liberdades, diversidades e não discriminação.

Acreditamos que essas discussões e conceitos devam fazer parte dos currículos de enfermagem, a fim de ampliar nossa clínica, reafirmando o papel de destaque e protagonismo dos(das) profissionais enfermeiros(as) como educadores de saúde nos mais variados espaços e serviços do SUS, na equipe e na comunidade na qual está inserido(a).

O preenchimento da lacuna de conhecimento sobre a saúde das PSR pode ser realizada simultaneamente com a inserção de temas em cursos, treinamentos e capacitações dos programas de educação permanente dos serviços de saúde, para que enfermeiras(os) em exercício da profissão possam adquirir conhecimentos para desenvolver habilidades competências e tomar atitudes que possam resultar em melhores quadros de saúde dessas pessoas.

A dimensão da pesquisa se filia a essa dimensão educativa do processo de trabalho de enfermeiras(os), considerando que, embora haja aumento de pesquisas sobre a saúde das PSR, ainda são necessários aprofundamentos sobre os caminhos a serem tomados pela enfermagem para assunção de um compromisso ético, técnico e estético sobre a saúde dessas pessoas.

É fundamental que enfermeiras(os) possam produzir conhecimento, realizando pesquisas sobre e com a PSR, reafirmando o compromisso social e científico de pesquisar, de forma a sistematizar conhecimentos que possam contribuir para avanços sobre o cuidado desta população.

RELATOS DE UM ENFERMEIRO DO CONSULTÓRIO NA RUA

Por: Wilson de Castro Franco

Faz-se urgente suscitar reflexões sobre o quão necessário é estar incluído em uma sociedade cada vez menos gregária, para que se possa alcançar qualidade de vida e estabelecer saúde.

Esse texto visa relatar a minha experiência enquanto PSR durante, aproximadamente, quinze anos, e como profissional do CnaR de São Paulo nos últimos sete anos, bem como pensar a prática do trabalho das RAS no cuidado à população em situação de rua, para alcançar uma política pública intersecretarial e intersetorial alinhada às necessidades específicas dessas pessoas, buscando acolher o indivíduo na sua integralidade⁽³⁷⁾.

Oriundo de uma família desestruturada com pai etilista e violento, optei, desde a infância, por passar a maior parte dos meus dias nas ruas; com o passar dos anos, os retornos para casa ficaram mais escassos, até não mais voltar. A família é um alicerce importante, e a falta dela, de uma forma precoce, fez-me confrontar com uma realidade que exigiu uma força e resiliência absurda, força necessária para não enlouquecer, para não se entregar, acreditar e não desistir.

Tornei-me um andarilho em alguns estados do país e supreei momentos de grandes dificuldades e outros de grandes conquistas também. Uma perspectiva mais positiva aconteceu em 2013, quando eu estava com trinta e um anos e morava em um abrigo público na Mooca; já sem tanta força, após um ano morando em São Paulo, surgiu a oportunidade de trabalhar como Agente Comunitário de Saúde para o programa CnaR^(16, 38).

A rua animaliza, o sofrimento embrutece e perde-se a familiaridade com as regras sociais. Meus primeiros meses como Agente Comunitário de Saúde foram desanimadores, pois minha capacidade de interação social, necessária para o bom desenvolvimento do trabalho, havia se perdido quase por completo; precisei aprender coisas simples, como me comunicar de uma forma adequada, por exemplo, mas trabalhei com pessoas que, com competência cultural,⁽³⁹⁾ foram capazes de me fornecer ferramentas que me proporcionaram trabalhar a consciência sobre minhas atitudes, aumentando minha capacidade de ação e interação com a sociedade⁽⁴⁰⁾



Até então, nunca havia experimentado o sentimento de me pertencer a algo e de exercer participação social com reconhecimento e dignidade⁽⁴¹⁾.

Após esse período de trabalho e aprendizado, consegui alugar um local mais apropriado para morar e sair das ruas, e também dei início à minha graduação em enfermagem. Mais uma vez me confrontei com inúmeras dificuldades, pois, para arcar com os custos da faculdade, foi necessário retornar a morar em abrigos públicos, locais sem os quais eu não teria conseguido alcançar meus objetivos. Mas um abrigo não é um lar e a convivência nesses ambientes adoce, pois colocam em um mesmo ambiente pessoas com dificuldades e perfis mais variados possíveis. Com uma promoção no trabalho, comecei a atuar como agente social, com inclusão no programa social do governo do Estado de São Paulo, Escola da Família. Consegui me formar e obter uma nova promoção, hoje trabalho como enfermeiro e posso retribuir o que foi proporcionado a mim.

Infelizmente, não foi possível compartilhar minhas conquistas com o meu pai, que faleceu jovem e não teve a oportunidade assim como eu de buscar aprendizado, explorar suas potencialidades e desempenhar um novo papel na sociedade, despertando um olhar transformador sobre si mesmo. Entendo que tanto eu quanto ele fazemos parte de uma população que, historicamente, é privada de seus direitos e suas necessidades mais básicas.

Como o ECA assegura, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos fundamentais das crianças referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (Artigo 227)⁽¹⁰⁾.

Como essa parcela da sociedade pode neste sentido se estabelecer? É exatamente neste sentido que aprendi a trabalhar no CnaR, lutando para que a Política Nacional de Humanização e os princípios do SUS sejam respeitados e uma política de reparo social e garantias de direitos sejam preservadas e aceitas nos serviços dentro do que é preconizado, o que, infelizmente, muitas vezes não ocorre. Questões relacionadas ao acolhimento, que nem sempre é adequado, à não valorização do trabalho em saúde, à não formação de vínculo entre usuários e equipes, mudanças constantes nas gestões dos serviços que impedem a continuidade e acabam por fragmentar um trabalho anteriormente construído estão sempre presentes, fazendo-se necessário aumentar o grau de corresponsabilidade, ou seja, todas as pessoas envolvidas, sejam elas pacientes ou trabalhadoras(es), são responsáveis pelo que acontece no atendimento à saúde, para que assim haja um envolvimento pertinente para um atendimento eficaz.

UM CONVITE A REFLEXÃO: NA BUSCA PELA SOBREVIVÊNCIA FOI A RUA QUE “ACOLHEU”...

Por: Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim

Certa vez, ouvi de uma menina faminta, com dores, sem documentos, não alfabetizada, proveniente de uma comunidade periférica de São Paulo e que, há alguns meses, morava nas ruas do centro: *“prefiro ficar na rua, tia, na minha casa não tem comida, minha mãe me espanca e o namorado dela me estupra”*. Este lamentável e impactante depoimento, que me causou fisgada no estômago e desconcerto de alma, não pode ser interpretado como “preferência”, isso é falta de opção, é necessidade de sobrevivência, é ausência do Estado protetor e garantidor de direitos, é ausência da sociedade, é ausência minha e é ausência sua. Esse depoimento nos convoca à reflexão de que a palavra “preferência” tem sido usada em uma tentativa simplista de explicar o porquê as pessoas permanecem na rua, de responsabilizar exclusivamente a pessoa vulnerabilizada pelo que é de responsabilidade coletiva, de responsabilizar a vítima da violação de direitos promovida pelo Estado. Quanto à condição de estar na rua e em uma postura de empatia com esta criança,



faço o convite para que palavras, como “preferir” e “escolher”, sejam substituídas por outras expressões, como falta de acesso, ausência do Estado, violação de direitos, salto da esperança, fuga da fé.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso histórico sobre as PSR bem como a compreensão sobre os efeitos da pobreza e de outros determinantes sociais sobre o seu processo saúde e doença permitiram inserir a enfermagem em um cenário dinâmico e complexo de cuidado.

A enfermagem é uma categoria profissional de maior representatividade nos sistemas de saúde do mundo, e, por esta posição, bem como pela natureza do seu trabalho, tem uma incumbência importante na redução das iniquidades em saúde relacionadas às causas e efeitos da situação de rua. O caráter social, histórico e cultural da profissão anuncia a força motriz para transformações sociais e em saúde.

Aprimorar e desenvolver técnicas e tecnologias de cuidado, qualificar o quadro de profissionais de saúde, organizar processos e fluxos de trabalho nos serviços de saúde e desenvolver pesquisas sobre as PSR são possibilidades que podem ser exploradas pela enfermagem, para efetivar e reafirmar o compromisso ético da profissão no que se refere à defesa da vida.

REFERÊNCIAS

1. Presidência da República (BR). Casa Civil. Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. 2009 [cited 2021 Jul 23];246(1):16-17. Available from: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/12/2009&jornal=1&pagina=16&totalArquivos=312>
2. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua [Internet]. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2008 [cited 2020 Sep. 20]. 240 p. Available from: http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario_executivo_pop_rua.pdf
3. Fonseca Z, Teixeira M, organizadores. Saberes e Práticas na atenção à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. São Paulo: Ed. Hucitec; 2015. 263 p.
4. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. Pesquisa censitária da população em situação de rua, caracterização socioeconômica da população adulta em situação de rua e relatório temático de identificação das necessidades desta população na cidade de São Paulo – 2019 [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 23]. Available from: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Produtos/Produto%209_SMADS_SP.pdf
5. Bursztyn M, (Org.). No meio da rua: nômades, excluídos, viradores. Rio de Janeiro: Editora Garamond Ltda; 2000. 264p.
6. Preuss MRG. A abordagem biográfica: história de vida na pesquisa psicossociológica. Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia-Eicos, UFRJ; 1997. Sér. Doc; 6(8):105-125
7. Alecrim TFA, Mitano F, Reis AA, Roos CM, Palha PF, Protti-Zanatta ST. Experiência dos profissionais de saúde no cuidado da pessoa com tuberculose em situação de rua. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(5): 808-15. <https://doi.org/10.1590/s0080-623420160000600014>
8. Escorel S. Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. 276 p.
9. Castel R. As dinâmicas do processo de marginalização: da vulnerabilidade à desfiliação. Salvador: Cadernos CRH. 1997;26/27:19-40. <https://doi.org/10.9771/ccrh.v10i26.18664>
10. Presidência da República (BR). Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988 [Internet]. Diário Oficial da União. 1988 [cited 2021 Jul 29];191A(1):1-32. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/DOUconstituicao88.pdf
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil [Internet]. Ministério da Saúde. 2010 [cited 2021 Jul 29];(1):144. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf



12. Souza ES, Silva SRV, Caricari AM. Rede social e promoção da saúde dos “descartáveis urbanos”. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(nº esp.): 810-4. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000500012>
13. Rosa AS, Brêtas ACP. Enfermagem e Saúde: olhares sobre a situação de rua. Curitiba: CRV; 2013. 228 p.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 89 p.
15. Oliveira MGPN. Consultório de rua: relato de uma experiência [Dissertação] [Internet]. Salvador: Universidade Federal da Bahia. 2009 [cited 2021 Jul. 25]. 151 p. Available from: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/10405>
16. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011. Dispõe sobre as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua [Internet]. Diário Oficial da União. 2011 [cited 2020 Sep 15];19(seção 1):46. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html
17. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional da Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2020 Sep 19]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
18. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.029, de 20 de maio de 2014. Atualiza a composição dos profissionais que podem integrar Equipes de Consultório na Rua [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2020 Jul 23]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1029_20_05_2014.html
19. Rosa AS, Secco MG, Brêtas ACP. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. Rev Bras Enferm. 2006; 59(3):331-36. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000300015>
20. Berger PL, Luckman NT. A sociedade como realidade subjetiva. In: Berger PL, Luckman NT. A construção social da realidade. Petrópolis: Vozes; 1996. 173-97.
21. Leininger MM, McFarland. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. Canadá: Jones and Bartlett's Publishers Inc; 2006.
22. Campos AG. Qual a dor do mora(dor) de rua? [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Ciências em Saúde Albert Einstein; 2016. 142p.
23. Campos AG, Souza MPF. Violência muda e preconceito: estratégias de uma equipe de saúde em defesa da cidadania da população em situação de rua. BIS, Bol Inst Saúde [Internet]. 2013 [cited 2021 Jul 27];14(3): 344-51. Available from: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122013000400013&lng=pt
24. Giger JN, Davidhizar RE. The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. J Transcult Nurs. 2002;13(3): 85-8. <https://doi.org/10.1177/10459602013003004>
25. Brêtas ACP, Rosa AS, Cavicchioli, GS. Cuidado de enfermagem ao adulto em situação de rua. In: Brêtas ACP, Gamba MA. Enfermagem e saúde do adulto. Barueri: Manole; 2006. p. 145-153.
26. Aguiar MM, Iriart JAB. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública. 2012;28(1):115-24. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100012>
27. Canguilhem G. O normal e o patológico. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009. 154 p.
28. Campos AGA, Silva V, Elivane B, Seeley MC, Leão ERD. Dor em brasileiros vivendo na rua, Relatórios PAIN. 2019;4(6):792. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000792>
29. Hino P, Santos JO, Rosa AS. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. Rev Bras Enferm. 2018;71(supl. 1):684-92. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0547>
30. National Coalition for the Homeless (NCH). How many people experience homelessness? [Internet]. Washington: NCH; 2002[cited 2020 Sep 20]. Available from: <https://nationalhomeless.org/>
31. Fisher REJ, Garrett A, Harrison EK, Lwin KKT, Wheeler DW.. The nature and prevalence of chronic pain in homeless persons: an observational study. F1000Res. 2013; 1(2):164-74. <https://doi.org/10.12688/f1000research.2-164.v1>
32. Vannucchi AMC. A população em situação de rua no serviço de urgência psiquiátrica. In: Baldaçara L, Codeiro DC, organizadores. Emergências psiquiátricas. São Paulo: Roca; 2007. p. 215-26.
33. Carneiro Junior N, Silveira C. Organização das práticas de saúde equinames em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. Cad Saúde Pública. 2003;19(6):1827-35. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000300004>



34. Amirati KM, Santana CLA. Cuidados à pessoa em situação de rua. In: Lopes LE. Atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de consultórios na rua: caderno de atividades. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. P.200-259
35. Sampaio C. Território e Redes. In: Lopes LE, (Org.). Atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de consultórios na rua: caderno de atividades. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 23-68
36. Maffaccioli R, Oliveira DLLC. Desafios e perspectivas do cuidado em enfermagem a populações em situação de vulnerabilidade. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e20170189. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20170189>
37. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [cited 2021 Jul 30]. 549 p. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf
38. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de atenção à saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de ações programáticas estratégicas de área técnica de saúde mental. Nota técnica conjunta/2012. Coordenadores estaduais e municipais de saúde mental e atenção básica [Internet]. 2012 [cited 2020 Sep 27]. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/20120412004951716.pdf>
39. Gouveia EAH, Silva RDO, Soares Pessoa BH. Competência cultural: uma resposta necessária para superar as barreiras de acesso à saúde para populações minorizadas. Rev Bras Educ Med. 2019; 43(1):82-90. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190066>
40. Freire de Souza AA, Abou Jamra CC, Muniz Amirati KK, Carvalho L, Reno Freitas L, Baptista MA. Saúde mental das pessoas em situação de rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social [Internet]. São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte; 2016 [cited 2021 Jul 30]. 311 p. Available from: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/desenvolvimento_urbano/saude_mental_pop_ua.pdf
41. Tavares RC. O sentimento de pertencimento social como um direito universal. Cad Pesqui Interdisc Cien Hum. 2014;15(106):179-201. <https://doi.org/10.5007/1984-8951.2014v15n106p179>