

## A SAÚDE NOS DISCURSOS DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: AUTOPERCEPÇÃO, ACESSO A REDE BÁSICA E DESAFIOS

TAVARES FILHO. Rafael Arcanjo<sup>1</sup>; PINTO. Fernanda Rebelo (*in memorian*)<sup>2</sup>; DA SILVA. Nayara; DA SILVA. Thelma; DOS SANTOS. Jamille; DOURADO. Íris; GONÇALVES. Marina; MARQUES. Larissa.<sup>3</sup>

### RESUMO

Este trabalho trata da subjetividade no campo da saúde, ao escolher a População/ Pessoa(s) em Situação de Rua (PSR) para debater a construção do conceito de saúde por um grupo populacional e, através dos discursos, analisar como se dá seu acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS). Uma pesquisa participante, descritiva, qualitativa e de natureza transversal foi realizada em uma unidade de ressocialização a PSR, situada na cidade de Salvador – BA, com o objetivo de delinear, através da análise de discursos, a autopercepção dos entrevistados sobre o conceito de saúde e entender como estas pessoas se reconhecem neste campo, para identificar, em contingente, os desafios da atenção básica para esta população no município de Salvador – BA. Os resultados mostraram que para os entrevistados a saúde pessoal da PSR está intimamente atrelada aos problemas que comumente os envolve: a vulnerabilidade biopsicossocial e econômica em que se encontram e os preconceitos que vivem cotidianamente influenciam na forma como são vistos pela sociedade e assim, a forma como percebem a saúde (pessoal e coletiva) e acessam as redes de atenção básicas municipais. Verificou-se, por fim, que o grande desafio da saúde para PSR no município de Salvador - BA é conseguir na prática uma estratégia de atendimento que acolha um número maior de sujeitos em seus programas, movimentos e centros de ressocialização, dando maior visibilidade aos problemas dessa população.

**PALAVRAS-CHAVE:** População em Situação de rua. Subjetividade em Saúde. Vulnerabilidade. Conceito de Saúde.

### INTRODUÇÃO

Discussões pautadas no âmbito prático do campo de saúde têm se tornado muito desafiadoras no que concerne à atuação de políticas públicas e dos programas de assistência à saúde no Brasil. Se de um lado o direito à saúde, instituído pela constituição de 1988 e reforçado por reformulações na atenção básica ao longo dos anos, tem ganhado notoriedade e reformulações pertinentes com bases sociais e científicas, por outro ainda há muitas desavenças

---

<sup>1</sup> Pesquisador Principal. Nutricionista e estudante do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde – Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Contato: [tavaresfilhor@gmail.com](mailto:tavaresfilhor@gmail.com)

<sup>2</sup> Orientadora. Dra. História das Ciências (*in memorian*).

<sup>3</sup> Autores participantes. Estudantes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde – UFBA

entre a teoria e prática destas políticas, em especial para os que dependem do serviço público de saúde. As Pessoas / População em Situação de Rua (PSR), muitas vezes à margem dessas discussões e conseqüentemente das redes de atenção básica, não fogem à esta realidade, e, comumente, o cumprimento do dever do Estado com serviços básicos a este público torna-se limitado.

### ***População em Situação De Rua:***

A PSR reconhece-se como um grupo populacional heterogêneo constituído por pessoas que possuem em comum a garantia da sobrevivência, por meio de atividades produtivas desenvolvidas nas ruas, dos vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e da não referência de moradia regular <sup>[1,2]</sup>. É identificado como um segmento de baixíssima renda que, por contingência temporária ou de forma permanente, pernoita nos logradouros da cidade - praças, calçadas, marquises, jardins, embaixo de viadutos, locais abandonados, terrenos baldios, mocós, cemitérios e carcaças de veículos. Acrescenta-se também a esse grupo aqueles que pernoitam em albergues públicos ou de organizações sociais <sup>[1,3]</sup> - como se fazem os atores dessa pesquisa.

Para Rosa (2005, p. 2), porém, é complexo conceituar a PSR pois é, de fato, um grupo “polissêmico e genérico” <sup>[2]</sup>, apresentando deficiências e insuficiências para compreender a complexidade do que significa *viver nas ruas*. Por esse motivo, também, “viver nas ruas” apresenta-se como subjetivo à realidade de cada pessoa. Assim, o termo *situação de rua* é mais aceitável quando comparado ao popular “morar na rua”, pois compreende a subjetividade imbuída no ato de estar na rua.

Além da vulnerabilidade e riscos em que estão expostos, a invisibilidade é um dos graves problemas que assola essa população e impede que ela tenha seus direitos reconhecidos. Isso se torna evidente quando pensamos que apenas em 2009 instituiu-se a Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPSR)<sup>[4]</sup>, a partir do decreto 7.053/2009, e que o Movimento Nacional da População em Situação de Rua só surgiu no início do século XXI. Embora existissem ações do Estado e da sociedade civil visando o bem-estar dessa população, podemos questionar se agiam quase sempre com uma ótica assistencialista ou até com políticas higienistas. O reconhecimento dessas pessoas como cidadãos de direitos é recente e ainda não é acolhido na sociedade.

O art. 5º da PNPSR, em tese, garante a estes indivíduos, além da igualdade e equidade:  
I - respeito à dignidade da pessoa humana; II - direito à convivência familiar e comunitária; III

- valorização e respeito à vida e à cidadania; IV - atendimento humanizado e universalizado; e V - respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência. Já o art. 7º, no inciso I, afirma que um dos objetivos dessa política é assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda<sup>[4]</sup>.

### ***Dados Demográficos:***

Na cidade de Salvador – BA, o estudo do ano de 2017, “Caracterização das Situações de Violações de Direitos: Mapeamento e Contagem da População em Situação de Rua na Cidade do Salvador” realizada pelo Projeto Axé em parceria com a Universidade Federal da Bahia (UFBA), o Movimento Nacional da População Rua e com a Defensoria Pública da Bahia verificou que existe entre 14.513 e 17.357 PSR na capital baiana <sup>[5]</sup>. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística revelam que existem cerca de 1,8 milhão de PSR no país, o que representa cerca de 0,6% a 1% da população <sup>[6]</sup>. Esses dados, apesar de serem os mais recentes, ainda precisam de confirmação por conta da complexidade que é quantificar indivíduos em situação de rua.

Dados coletados por Veras *et. al.* <sup>[1]</sup> demonstraram que essas pessoas vivem expostas a condições difíceis de sobrevivência no que diz respeito à habitação, à alimentação, ao trabalho, à higiene, aos vínculos sócio familiares e à saúde, refletindo, dessa forma, a enorme desigualdade socioeconômica existente no município. Ainda com base nessa pesquisa, a PSR em Salvador- BA apresenta um perfil semelhante a todo país: composto majoritariamente por homens, negros, em idade ativa, escolaridade baixa e ocupações temporárias.

Partindo dessa perspectiva, compreendendo a alta vulnerabilidade em que estão imersos e reconhecendo que são poucos os estudos em saúde da PSR no município de Salvador – BA, principalmente os que perpassem a ótica da análise subjetiva do que é saúde para essa população, faz-se necessário identificar que este trabalho justifica-se pela importância do reconhecimento dessas pessoas como cidadãos de direitos.

### ***Conceito de Saúde: O Ser como próprio interprete***

Para discutir a subjetividade em saúde, antes de tudo, é necessário compreender que esta perpassa pelo significado do termo “saúde”; ou seja, seu conceito, que é relativo e subjetivo à

cada pessoa. Um conceito é um importante instrumento de atuação em um campo de pensamento. Sua relação com esse campo é definida por variáveis internas e variáveis externas (estados de coisas, momentos da história), sendo, portanto, não meramente objetivo sem antes passar pela subjetividade dos atores que o usam, no contexto que é usado e na individualidade de *conceituar* <sup>[7,8]</sup>. Assim, a teoria precisa passar pela prática para ser compreendida, como afirma Foucault <sup>[9]</sup>: “Nenhuma teoria pode se desenvolver sem encontrar uma espécie de muro e é preciso a prática para atravessar o muro”. Ao nos depararmos com esta afirmação, então, o *conceituar* [saúde] passa pelo discurso da subjetivação humana.

O processo de subjetivação é “a construção, por parte do indivíduo ou do grupo, de si mesmo como sujeito”; ou mesmo o ato de produzir subjetividades, “de ser subjetivo” <sup>[10, 11]</sup>. Adotamos aqui, para esta compreensão, os fundamentos ontológicos d’o *ser* de Heidegger (2002) <sup>[12]</sup>; considerando que para o filósofo existir é interpretar – “a *pre-sença* sempre se compreende a si mesma a partir de sua existência, de uma possibilidade própria de ser ou não ser ela mesma” (p. 39). Daí, a compreensão de possibilidade do *ser* está enraizada na subjetivação do conceito. O homem só *interpreta* porque já é pertencente ao ser, o ser o constitui; sendo assim capaz de questionar, dialogar e se auto perceber, e então ele se faz capaz de interpretar. Dessa forma, qualquer intuito e tentativa de interpretação deve estar mediada pela presença do ser (ALMEIDA, 2002, p. 337-9) <sup>[13]</sup>; e, portanto, residir na verdade do ser (Ibdem, p. 334). Nesse sentido, também a saúde parte da interpretação individual e, assim, o subjetivo de Heidegger pode ser também compreendido como o *normativo* de Canguilhem<sup>[14]</sup>.

Analisar o aspecto subjetivo do conceito de saúde e suas especificações torna-se mais desafiador quando entendemos que os processos de subjetivação são partes inerentes dos vínculos comunitários <sup>[16,17]</sup>. Para Mori e Rey, <sup>[19]</sup> que propõem “uma noção de saúde que se constitui pelo social, assim como pelas diferentes necessidades e pelos processos individuais que estão organizados nessa experiência”, buscar o subjetivo na saúde (em especial entendida em grupos populacionais), parte do pressuposto de que as experiências pessoais em sociedade levam o indivíduo a *interpretar* a partir de sua visão sistemática pessoal e coletiva, as nuances dessa prática. Dessa forma, “é impossível a separação entre os processos sociais, nos quais se produzem a ação individual e os processos psíquicos individuais que são constituintes dessa mesma ação” <sup>[18]</sup>.

A categoria subjetividade então nos dá uma nova dimensão dos processos humanos, indo além da redução dos fenômenos do *ser* a processos de subjetivação individuais e retomando o caráter subjetivo dos fenômenos sociais. Assim, o social deixa de ser visto como algo externo ao sujeito e passa a ser tratado como algo que se encontra em constante relação

com o sujeito que o constitui e é constituído por ele; a subjetividade social – termo referido por Gonzalez Rey (*apud* MORIE REY. p. 144) <sup>[19]</sup> não é reprodução dos diferentes espaços sociais, mas sim produção simbólica e de sentido subjetivo que caracteriza a vida das pessoas que circulam nesses diferentes espaços sociais. Neste contexto, discutir através da autopercepção o acesso à rede básica e os desafios da saúde de Pessoas em Situação de Rua (PSR) - como apresenta-se a proposta desse trabalho – busca entender e transpassar através dos discursos, a subjetividade individual e social [*o estar na rua*], correlacionando falas e entrevistas para identificar uma outra compreensão de saúde e suas problemáticas.

## **OBJETIVOS**

### ***Objetivo Geral:***

- Delinear, através da análise de discursos, a autopercepção de Pessoas em Situação de Rua (PSR) sobre conceitos e perspectivas no âmbito da saúde, para identificar, em contingente, os desafios da atenção básica para esta população no município de Salvador – BA.

### ***Objetivos Específicos:***

- Identificar, através de discursos em pesquisa participante, o conceito de saúde a partir da autopercepção de PSR, assistidas em uma unidade de ressocialização no município de Salvador - BA;
- Analisar, através de questionário não estruturado, o entendimento acerca da vulnerabilidade biopsicossocial em que essas pessoas estão imersas;
- Conhecer como acessam a rede básica de saúde no município e os principais desafios enfrentados para garantia desse direito básico;

## **METODOLOGIA**

A presente pesquisa, oriunda de uma atividade avaliativa do Componente HACA10 (Introdução ao Campo de Saúde), do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, da Universidade Federal da Bahia, caracteriza-se como um estudo participante e analítico, descritivo, qualitativo e transversal, de natureza exploratória realizada com indivíduos (todos do sexo masculino, com idade entre 20 e 55 anos) assistidos em uma unidade de acolhimento à PSR, no

município de Salvador - BA. A escolha da instituição se deu pela maior facilidade em realizar o estudo; além de contar com o apoio da equipe técnica (assistente social, psicólogo e educadores) responsáveis pela Associação, o que tornava mais viável a realização da pesquisa.

Para atender aos objetivos desta pesquisa, foram empreendidos dois tipos de metodologia, descritos a seguir.

Para compreender os aspectos subjetivos que permeiam a saúde das pessoas em situação de rua, o acesso a redes básicas e seus desafios, foi inicialmente realizado um estudo participativo na unidade de acolhimento coparticipante com o intuito de nortear os questionamentos deste projeto. Nessa etapa, buscou-se entender as mais diversas realidades sobre o termo “saúde” para as PSR assistidas pela instituição, sem intervenção direta da equipe executora nos diálogos. As conversações foram abertas, tendo como base o questionamento de duas perguntas norteadoras: (1) “O que é saúde para você?”; e (2) “Você se sente uma pessoa saudável?”.

Para adentrar nas compreensões individuais sobre saúde, na segunda etapa da pesquisa, foi construído e validado um questionário não estruturado, com respostas abertas e aplicado pelos próprios membros da equipe à 15 (quinze) PSR assistidos na associação acolhedora. Este instrumento de pesquisa foi estruturado em 3 (três) blocos de investigação, onde cada bloco apresentava perguntas para discuti-lo:

1. Como percebem e identificam a própria saúde:

- O que é saúde para você?
- Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?
- Você acredita que “Saúde é um Completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”?

2. Como tem acesso a Rede Básica de saúde e intuem sobre o atendimento prestado pelos profissionais:

- Como se dá o acesso às redes de atenção básica? Postos de saúde, UPAs, Hospitais
- Encontra alguma dificuldade?
- Como se sentem no atendimento prestado pelas equipes médicas? Alguma vez foi maltratado por estar em Situação de Rua?

- Numa escala de 0 a 10 como você avalia o atendimento que recebe no posto de saúde por parte dos agentes de saúde?

e 3. Como se reconhecem como beneficiários desses sistemas:

- Participa de alguma estratégia de saúde ou já ouviu falar em Consultório na Rua?
- Caso sim, você gostou do atendimento? Como é realizado?
- Qual nota você atribuiria a essa estratégia, onde 0 você está totalmente insatisfeito e 10, totalmente satisfeito?

A coleta desses dados foi feita no mês de junho de 2018 e realizada com maiores de 18 anos (menores foram excluídos do estudo). Na etapa da entrevista individual, todos os entrevistados foram convidados reservada e individualmente para responder ao questionário, em uma sala isolada, na presença de até dois entrevistadores, assinando Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de concessão de áudio, pois as entrevistas foram gravadas.

Os dados foram avaliados via análise de discurso proposta por Willig <sup>[20]</sup>. Para preservação das identidades, este trabalho traz as iniciais dos nomes dos entrevistados nas discussões e resultados. A análise individual das respostas buscou identificar as demandas subjetivas do campo de saúde desta população. Foram incluídas as respostas dos indivíduos que se dispuseram a assinar o TCLE.

O projeto teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com parecer consubstanciado nº 90870318.9.0000.5628.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

### ***Pesquisa Participante: primeira imersão***

A primeira etapa da pesquisa constituiu um estudo participante com roda de conversa na associação acolhedora. Essa é uma metodologia ainda pouco utilizada, principalmente na área da saúde. Neste método há um compromisso mútuo entre pesquisador e pesquisados; a pesquisa é feita "junto" e os pesquisados participam em todo o processo, deixando assim de serem "objeto" para serem o "sujeito" de pesquisa <sup>[21]</sup>.

Para nortear a roda de conversa, inicialmente foi questionado: “O que é saúde pra você?” e “Você se sente uma pessoa saudável?”.

Ao responder a primeira pergunta, todos os participantes interpretaram a saúde particular vinculada à situação de saúde pública do país / município. O assistido C.A.S. afirmou que “apesar de *ter* saúde e me sentir saudável, não posso dizer que quando eu *cair* doente terei um médico ou um posto de saúde para procurar e ser atendido rapidamente”. “Muitos desistem da saúde pelos problemas de saúde que a gente *tem* [...] Como homem, já *temos* problemas em procurar um médico para qualquer problema de saúde”, completou R.A.S.; e ainda E.O.S. relatou: “Uma vez minha pressão *baixou* de vez, quando fui procurar o posto me disseram que cardiologista só tinham em seis *mês*”.

Todos os entrevistados referiram não buscar serviços de saúde com regularidade, e em muitas ocasiões, até mesmo ignorar sintomas para não precisar passar por uma unidade de saúde. Para Barata et al (2015) <sup>[22]</sup>, a propensão em buscar serviços de saúde habitualmente aumenta com a idade, é menor nos homens, e maior entre indivíduos com menor escolaridade e menor renda para serviços curativos, mas, para esse mesmo grupo, a busca para práticas preventivas é menor. A percepção de discriminação, a pouca ou nula confiança nas instituições e a precariedade dos serviços, na PSR, podem funcionar como fatores que dificultariam a busca efetiva por serviços de saúde.

O questionamento sobre se sentir uma pessoa saudável gerou respostas semelhantes nesta atividade em grupo. Os participantes interpretaram que “se sentir saudável” é análogo a poder se alimentar diariamente; não precisar se preocupar em ter onde dormir; não usar substâncias psicoativas; ter vínculos sociais; e até mesmo poder frequentemente realizar higiene pessoal. Foi notado durante as conversas que estes pontos foram os mais comumente abordados e que essas práticas eram favorecidas por estarem numa associação de ressocialização.

Para Hwang <sup>[23]</sup>, a ausência ou precariedade de vínculos sociais tem efeitos deletérios sobre a saúde física, mental e sobre a probabilidade de sofrer novas agressões nas ruas. *Viver na rua* também significa um acúmulo de desvantagens que se traduzem em maior discriminação social, ausência ou precariedade de vínculos, sensação de insegurança, ausência de confiança nas pessoas e instituições, exposição a inúmeras situações de risco para a saúde, comportamentos não saudáveis, maior possibilidade de mortalidade e esperança de vida menor <sup>[24,25]</sup>.

Após essa explanação foi distribuído o primeiro material didático, que apresentava a poesia “Não somos lixo”, do poeta Carlos Eduardo (Cadu) - pessoa em situação de rua do



município de Salvador – BA, disponível na cartilha do Ministério da Saúde, “Saúde da População em Situação de Rua: um direito humano” [26].

Não somos lixo.  
Não somos lixo e nem bicho.  
Somos humanos.  
Se na rua estamos é porque nos desencontramos.  
Não somos bicho e nem lixo.  
Nós somos anjos, não somos o mal.  
Nós somos arcanjos no juízo final.  
Nós pensamos e agimos, calamos e gritamos.  
Ouvimos o silêncio cortante dos que afirmam serem santos.  
Não somos lixo.  
Será que temos alegria? Às vezes sim...  
Temos com certeza o pranto, a embriaguez,  
A lucidez dos sonhos da filosofia.

Não somos profanos, somos humanos.  
Somos filósofos que escrevem  
Suas memórias nos universos diversos urbanos.  
A selva capitalista joga seus chacais sobre nós.  
Não somos bicho nem lixo, temos voz.  
Por dentro da caótica selva, somos vistos como fantasmas.  
Existem aqueles que se assustam.  
Não somos mortos, estamos vivos.  
Andamos em labirintos.  
Depende de nossos instintos.  
Somos humanos nas ruas, não somos lixo.

Carlos Eduardo (Cadu)

Recitar esse poema norteou os primeiros debates sobre como a estigmatização psicossocial influencia na saúde dessa população. Todos os participantes ficaram comovidos com a profundidade e com a verdade de cada palavra da poesia. Foi possível, através deste poema, identificar a vulnerabilidade e o preconceito que estes indivíduos estão expostos.

L.G.R.P. interpretou: “Estar em situação de rua é propício a qualquer pessoa. Qualquer ser humano pode estar, e mesmo assim ser vistos como lixo”. Para R.B.S “As vez as pessoas que *veve* nas ruas *passa* por situação de preconceito [...] existe pessoas *de bem* e pessoa *de mal* nas ruas”. C.A.S. completou:

“Ele falou uma palavra muito forte aí. Pra sociedade nós somos um lixo[...] lixo em que sentido!? Pra sociedade tudo que não presta é morador de rua: *maconheiro*, ladrão, *‘cracudo’*. Tanto para quem *tá* na unidade ou pra quem *tá* na rua. E não é bem assim! Cada caso é um caso. Temos história, temos vida. Cada um aqui tem uma família. Minha família, mesmo, é de classe média, mas eu me sinto bem assim (estando na rua)”.

Esses discursos só confirmam a vulnerabilidade bio-psico-sócio-econômica em que essas pessoas estão inseridas. Segundo Sotero [27] (p. 799), são vulneráveis “por não terem documentos e certidões, indispensáveis à cidadania. Também por não possuírem casa, dinheiro ou (na maioria dos casos) emprego fixo. São vulneráveis, enfim, por não terem acesso adequado à educação e por encontrarem dificuldade até mesmo para receber cuidados em saúde”.

Nas palavras de Elias & Scotson [28] (p. 35), a estigmatização – outra referência para vulnerabilidade -, como um aspecto da relação entre estabelecidos (pessoas favorecidas) e *outsiders* (pessoas em situação de rua), associa-se, muitas vezes, a um tipo específico de fantasia coletiva criada pelo grupo estabelecido. Ela reflete e, ao mesmo tempo, justifica a aversão – o preconceito – que seus membros sentem perante os que compõem o grupo

[outsider]. Ações públicas de marginalização contrapõem aquilo que a Política Nacional de Assistência Social <sup>[29]</sup> prevê como proteção social e garantia da cidadania sob a vigilância do Estado. Neste caso, ao invés das pessoas em situação de rua serem consideradas como grupo que está em risco, são representadas como os que oferecem risco à segurança e à saúde da população.

O poema supracitado também colaborou para começar a discutir como se dá o acesso dessas pessoas à programas de saúde. E.C.J aproveitou o poema para discorrer: “A prova que somos lixo é que quando chegamos num posto de saúde a gente tem muito *problema* pra ser atendido [...]. Só quando S.S.G.C. [assistente social] nos dá uma carta de encaminhamento que a gente consegue”. Segundo S.S.G.C., assistente social, “esse é um problema que não ocorre com tanta frequência com os assistidos, pois são encaminhados diretamente aos postos de saúde e prefeitura-bairro localizados próximos à instituição”. Porém, o preconceito e a intolerância ainda são um grave problema para os que estão nas ruas, principalmente pela dificuldade com obtenção de documentos básico, como cartão do SUS<sup>4</sup>.

Aproveitando esses diálogos, os assistidos foram questionados se concordam com o trecho da Organização Mundial da Saúde que diz: “A saúde é um completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença” <sup>[31]</sup>. Os participantes concordaram com a citação, porém com ressalvas. C.A.S. revelou: “Hoje acordei muito bem. Tenho apenas algumas dores nas costas quando exerço alguma atividade por conta de hérnias na coluna. Mas hoje acordei e até compus uma música (estou bem mentalmente). Mas (socialmente) eu ainda sou visto como um “lixo”. L.G.R.P. relatou: “Apesar de acordar um pouco *pra baixo*, me sinto bem fisicamente e até *malhei* (exercício físico) quando acordei”. Os outros participantes também revelaram que um sintoma específico não interfere no estado de bem-estar, e esse debate trouxe a conclusão de que a questão da normatividade em saúde, proposta por Canguilhem <sup>[14]</sup>, é compreendida por eles pela *práxis* do discurso.

O que mais chamou atenção nesses diálogos, foi o discurso do associado R.B.S., que disse: “Na rua por mais que você esteja doente, você precisa estar bem [...] porque é *uma hora* que ‘*te pegam na covardia*’ (desprevenido) e destroem suas coisas, te batem e *pode* até te matar!”. Esse discurso vai de acordo com o que Valencio *et al* (2008) <sup>[32]</sup> afirma:

O Brasil vem apresentando tendências das forças coercitivas que impedem a ampliação da cidadania da população de rua. De um lado, há a passagem de um estado

---

<sup>4</sup> É importante salientar que somente em abril de 2011 foi criada a lei que dispensa aos ciganos, nômades e pessoas em situação de rua a exigência de apresentar o endereço do domicílio permanente para aquisição do Cartão SUS <sup>[30]</sup>, pois qualquer pessoa tem o direito de ser atendido nas unidades de saúde, independentemente da apresentação de documentação.

de intolerância implícita para intolerância explícita, validando a prática pública de truculência na eliminação do sujeito vulnerável, nisso convergindo as ações do Estado e a de grupos organizados. Assim, a brutalidade e a tortura passam a ser tratadas, no discurso do senso comum, como formas legítimas de lidar com (e reforçar) a desigualdade social, sendo expressões de uma forma de dominação política autoritária que se naturaliza.

Desta forma, a experiência de rua deixa gradativamente de ser uma experiência de sofrimento - e mais precisamente de doença - transformando-se em situação de risco e insegurança.

### ***Entrevistas Individuais: O Acesso às Redes Básicas de Saúde***

As entrevistas individuais buscaram compreender os dois seguintes blocos de investigação dessa pesquisa.

O segundo bloco buscou identificar como as PSR acessam as redes básicas de saúde e intuem sobre o atendimento prestado pelos profissionais da rede básica. Ficou compreendido pelos discursos que estar assistido em uma unidade de ressocialização é crucial para ser melhor atendido nas unidades de saúde, como já discutido. Ao serem questionados sobre os que não estão (ou quando eles não eram) assistidos, a maioria relatou que as principais queixas são na recepção das unidades de saúde, que geralmente quando atende uma PSR já apresenta discursos prontos, como “não haver mais senha para atendimento”; “não ter sistema eletrônico disponível para marcação de consulta”; ou “não poder ser atendidos sem cartão do SUS”. Sete de quinze discursos afirmavam que a aparência, a falta de higiene pessoal e o uso de substâncias psicoativas eram determinantes para serem mal recebidos nas unidades e/ou não conseguir atendimento. Esse ponto é majoritário na compreensão da dificuldade do acesso a serviços de saúde por conta do estigma como uma “mancha social” (VALENCIO, 2008) <sup>[32]</sup> que sofre a PSR. Muito por conta, talvez, dessas afirmações, ao serem questionados uma nota de 0 a 10 (onde zero eles estavam totalmente insatisfeitos e 10 totalmente satisfeitos) ao atendimento recebido pelas redes básicas de saúde no município de Salvador - BA, incluindo da recepção ao atendimento clínico, a média das a média das notas foi de 4,5 pontos: tendo uma nota 7, como maior avaliação; e uma nota 1, como menor avaliação.

R.A.S, ao ser questionado “Se encontra (já encontrou) alguma dificuldade para ser atendido?”, relatou:

Uma vez! Eu *me drogava* muito e as pessoas sempre me viam *alterado* (em uso de substâncias psicoativas) na UPA (Unidade de Pronto Atendimento) *pra* beber água ou ir no banheiro [...]. Cheguei por volta das 21:00h com muita dor abdominal. Quando a recepcionista me viu, ela falou: - Ah é apenas um *drogado* querendo morfina (fármaco) para se drogar mais! Eu estava *limpo* (sem fazer uso dessas substâncias).

Passei 4 horas ali esperando com aquela dor insuportável [...] Uma médica que estava chegando para o plantão me viu *jogado* no banco, me levou pro consultório dela, fez uns exames e pediu uma ultrassonografia [...] (resultado) eu estava com um grau elevado de apendicite (supurativa). Se não fosse *por aquele anjo*, hoje nem sei se estaria mais vivo.

Além desse discurso, outros seis entrevistados afirmaram que ao serem atendidos ao procurar uma unidade para emergência, (quando conseguem atendimento) não são orientados em como dar continuidade ao tratamento (como buscar realização de exames mais específicos, marcação de consultas com especialistas e até mesmo obtenção de medicamentos).

Carvalho (2013)<sup>[33]</sup>, ao discutir o paradoxo existente na contemporaneidade entre a conquista de direitos sociais e a falta de mecanismos para a sua concretização na prática por parte das PSR, afirma que “de forma geral é visivelmente constatado nos serviços de atenção direta, o desatendimento desses sujeitos”. Como justificativas, pode-se incluir: a não-preparação dos profissionais das instituições das redes para trabalhar com pessoas em Situação de Rua, considerando suas particularidades e características próprias; as metodologias dos projetos e programas sociais e de saúde que não alcançam essa população, talvez pela necessidade de qualificação dos profissionais para entender o sofrimento psíquico e social vivenciado por esses sujeitos; a necessidade de modificação de alguns programas, projetos e serviços sociais nos seus aspectos formais, tais como exigência de documentação, endereço fixo, para melhorar o acesso desses sujeitos aos seus direitos sociais (p. 64). Pesa ainda, o estereótipo da mendicância <sup>[32]</sup> (que muitas vezes impede a entrada em alguns estabelecimentos) e a estigmatização <sup>[28]</sup>, como já discutida anteriormente.

O terceiro bloco de investigação procurou compreender como se sentem perante às políticas destinadas à PSR. Dos quinze entrevistados, apenas um (E.O.S.) referiu conhecer seus direitos como pessoa em situação de rua:

No Movimento Popular de Rua (MPR) *eles dão* sempre palestras, informações e o que fazer caso *a gente* não consiga atendimento no posto de saúde [...] Que *temos* que ir lá e reclamar; ou no movimento ou nos Centros Pops.

Observou-se nesse discurso que, apesar da garantia dos direitos assegurados pelos movimentos e instituições municipais, ainda falta autonomia por parte das PSR para debater e lutar pela qualidade dos serviços ofertados. Essa falta de autonomia pode-se dar pela invisibilidade e preconceito que sofrem na sociedade capitalista ou pela falta da divulgação dos programas de assistência. Isso se agrava quando a maioria dos entrevistados não sabia responder sobre quais órgãos asseguram a assistência à saúde e se conheciam alguma estratégia de saúde voltada para a PSR; ou quais unidades de atendimento podem procurar caso passem por qualquer problema na obtenção desses serviços básicos. Questionados sobre a estratégia Consultório na Rua, que visa a garantia de assistência à saúde, apenas o mesmo entrevistado

(E.O.S.) conhecia o programa, por ter ouvido falar nas palestras do MPR, mas nunca foi atendido (além dos quinze entrevistados pela pesquisa, essa pergunta foi feita a outros dezesseis associados, totalizando trinta e um).

Por conta dessa constatação, não foi possível discutir a atuação dos programas assistenciais na garantia de direitos à saúde das PSR no município de Salvador – BA com os associados da unidade de ressocialização, indicando a necessidade de maiores questionamentos e pesquisas futuras.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho, que buscou identificar a subjetividade a partir da autopercepção em saúde e os desafios no acesso às redes básicas através dos discursos de pessoas em situação de rua que são assistidas em uma unidade de ressocialização no município de Salvador –BA, mostrou que para os entrevistados a saúde pessoal da PSR está intimamente atrelada aos problemas que comumente os envolve. Primeiramente, a vulnerabilidade biopsicossocial e econômica em que se encontram e os preconceitos que vivem cotidianamente influenciam na forma como são vistos pela sociedade e assim, a forma como percebem a saúde (subjetiva pessoal e coletiva).

Os participantes interpretaram que “se sentir saudável” é análogo a poder se alimentar diariamente; não precisar se preocupar em ter onde dormir; não usar substâncias psicoativas; ter vínculos sociais; e até mesmo poder frequentemente realizar higiene pessoal. Referiram não buscar serviços de saúde com regularidade, e em muitas ocasiões, até mesmo ignorar sintomas para não precisar passar por constrangimentos em uma unidade básica de saúde. A percepção de discriminação, a pouca ou nula confiança nas instituições e a precariedade dos serviços, nesse grupo, podem funcionar como fatores que dificultariam a busca efetiva por esses serviços de saúde.

O grande desafio da saúde para Pessoas em Situação de rua no município de Salvador - BA, portanto, é conseguir na prática, uma estratégia de atendimento que acolha um número maior de sujeitos em seus programas, movimentos e centros de ressocialização, dando mais visibilidade aos problemas dessa população, para, como também afirma Carvalho <sup>[33]</sup>, se fazer “abrir brechas nas endurecidas estruturas da saúde e de outras políticas sociais, para que todos, sem exceção, sejam acolhidos e possam usufruir daquilo que é de todos, o bem público”.

## AGRADECIMENTOS:

Nossos agradecimentos especiais à toda Equipe da ASPEC (Associação Pleno Cidadão), representados pela Casa 2, Ribeira (Salvador – BA), que muito contribuíram para a sistematização desta pesquisa, em especial à assistente social, Saionara Gama; e a Dra. Fernanda Rebelo Pinto (*in memoriam*) (Docente do curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde – UFBA), que muito contribuiu na orientação deste artigo.

## REFERÊNCIAS

1. Veras R et al. As condições de vida e de trabalho da população em situação de rua do centro histórico de Salvador, Bahia. **Cad. de Pesq. Interdisc. em Ci-s. Hum-s.** 2014; v.15, n.106: p. 161-178.
2. De Sá, J. C. T. P. **A invisibilidade social, uma perspectiva fenomenológica.** VI Congresso Português de Sociologia. Mundos Sociais: Saberes e Práticas. Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. 25-28 de junho, 2008.
3. Rosa, C. M. M. **Vidas de Rua.** São Paulo: Editora HUCITEC; REDE RUA, 2005.
4. República. Presidente. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto 7.053, de 23 de Dezembro de 2009. Política Nacional para a População em Situação de Rua. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia\\_social/decreto/decreto\\_7053.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/decreto/decreto_7053.pdf).
5. Correio 24H. **Número de moradores em situação de Rua podem chegar a 17 mil.** Jornal Online. Disponível em: <http://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/numero-de-moradores-em-situacao-de-rua-em-salvador-pode-chegar-a-17-mil/>. Acesso em: 12 abr. 2018
6. Ministério Público da Bahia. **Cerca de 20 mil pessoas vivem nas ruas de Salvador.** Jornal Online. Disponível em: <https://www.mpba.mp.br/noticia/36275>. Acesso em 12 abr. 2018.
7. Carvalho, S. R. Reflexões sobre o tema da cidadania e a produção de subjetividade no SUS. O caso da saúde. In: CARVALHO, S. R.; BARROS, M. E.; FERIGATO, S. (Ed.). **Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade.** São Paulo: Hucitec, 2009. **p. 23-41.**
8. Ferreira Neto. JL et al. Usos da noção de subjetividade no campo da saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 27(5):831-842, mai, 2011
9. Foucault. M. **Poder-corpo.** In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder.* 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982c.
10. Touraine. Alain. **Um Novo Paradigma: para compreender o mundo de hoje.** Petrópolis: Vozes, 2006.
11. Figueiredo, Luís Claudio. **Modos de Subjetivação no Brasil e outros ensaios.** São Paulo: Escuta, 1995.
12. Heidegger. Martins. **Ser e tempo.** Trad. Benedito Nunes. Coleção Passo a Passo. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

13. Almeida, Custodio. *Hermenêutica e Dialética: Dos Estudos Platônicos ao Encontro com Hegel*. Porto Alegre: Edipurcs, 2002.
14. Canguilhem, C. **O Normal e o Patológico**. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
15. Heidegger, Martin. **Conferências e escritos filosóficos**. Trad. Ernildo Stein. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1979.
16. González Rey, F. **Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural**. São Paulo: Thomson Learning, 2003.
17. González Rey, F. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: caminhos e desafios**. São Paulo: Thomson Learning, 2002.
18. González Rey, F. **Personalidade, saúde e modo de vida**. São Paulo: Thomson Learning, 2004.
19. Mori, Valéria Deusdará; Rey, Fernando González. A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 140-152, dez. 2012.
20. Willig, C. **Introducing Qualitative Research in Psychology**. Nova Iorque: Open University Press, 2008.
21. Madeira. Leila Maria. Pesquisa participante: metodologia pedagógica alternativa para enfermeiros. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, 40(1), jan./fev./mar. 1987
22. Barata. Rita Barradas *et. al.* Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, supl.1, p.[219-232](#), 2015
23. Hwang, S. W. et al. Multidimensional social support and the health of homeless individuals. **Journal of Urban Health**, New York, v. 86, n. 5, p. 791-803, 2009.
24. Dibben, C. et al. Differences in 5 year survival after a homeless or housed drugs-related hospital admission: a study of 15-30 years old in Scotland. **Journal Of Epidemiology And Community Health**, London, v. 65, p. 780-785, set. 2011.
25. Morrison, D. S. Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study. **International Journal of Epidemiology**, London, v. 38, n. 3, p. 877-883, 2009.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua : um direito humano /** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
27. Sotero. Marília. Vulnerabilidade e Vulneração: população de rua, uma questão ética. Ver. **Bioética (impressa)** 2011; 19 (3): 799-817.
28. Elias, Nobert e Scotson, John L. (2000). **Os estabelecidos e os outsiders:** sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
29. Política Nacional De Assistência Social – PNAS, aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social por intermédio da Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004, e publicada no Diário Oficial da União – DOU do dia 28 de outubro de 2004.
30. Ministério Da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão

Nacional do SUS (Sistema Cartão).  
Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940\\_28\\_04\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html)

31. Organização Mundial Da Saúde (OMS). Constituição da Organização Mundial da Saúde, 1946. Disponível em <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> Acesso em 15 de junho 2018.
32. Valencio, Norma Felicidade Lopes da Silva et al. Pessoas em situação de rua no Brasil: Estigmatização, desfiliação e desterritorialização. **RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v. 7, n. 21, pp. 556 a 605, dezembro de 2008.
33. Carvalho. Sandra Moreira Costa de. Pessoas em Situação de Rua: Acesso Universal às Políticas Sociais? **UNOPAR Cient., Ciênc. Human. Educ.**, Londrina, v. 14, n. 1, p. 57-64, Jan. 2013