



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E SERVIÇO SOCIAL - IPS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PSICOLOGIA - PPGPSI

Psicologia e População em situação de rua em Salvador (BA): Que fazer é esse?

Ananda Evelin Genonádio da Silva Menezes

Salvador, 2024

Ananda Evelin Genonádio da Silva Menezes

Psicologia e População em situação de rua em Salvador (BA): Que fazer é esse?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia, para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Renata Meira Veras

Salvador, 2024



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA
Instituto de Psicologia - IPS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGPSI
MESTRADO ACADÊMICO E DOUTORADO



TERMO DE APROVAÇÃO

**PSICOLOGIA E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM SALVADOR (BA):
QUE FAZER É ESSE?**

Ananda Evelin Genonádio da Silva Menezes

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Renata Meira Vêras (Orientadora)
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Profa. Dra. Sabrina Daiana Cúnico
Universidade Feevale

Profa. Dra. Suely Aires Pontes
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Salvador, 03 de outubro de 2024.

Dou fé

Profa. Dra. Renata Meira Vêras

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI)
Biblioteca Universitária Isaias Alves (BUIA/FFCH)

M543 Menezes, Ananda Evelin Genonádio da Silva
Psicologia e população em situação de rua em Salvador (BA): que fazer é esse? /
Ananda Evelin Genonádio da Silva Menezes, 2024.
83 f.: il.

Orientadora: Prof^a Dr^a Renata Meira
Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social.
Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2024.

1. Psicologia social. 2. Pessoas desabrigadas - Condições sociais - Salvador (BA).
3. Pessoas desabrigadas - Assistência em instituições. 4. Saúde pública - Salvador (BA).
5. Exclusão social – Brasil. I. Meira, Renata, II. Universidade Federal da Bahia.
Instituto de Psicologia. III. Título.

CDD: 305.56

Responsável técnica: Ana Cristina Portela de Santana - CRB/5-997

De quem será, cuidado?

Fico sempre tão impressionado
com o muito muito que se faz
do pouco pouco que é dado.

Do residir assombrado
que germina assim, tão frágil semente
ganhando vulto em solo adubado.

De quem será, do semeador, do
semeado?

Vivo a pergunta do mérito,
da relação entre os dois, Cuidado.

Marcus Matraga

AGRADECIMENTOS

Meu sonho sempre foi estudar na Universidade Federal da Bahia. Este foi plantado em mim ainda na infância, quando minha avó contava muito orgulhosa sobre o fato da sua primogênita ter ingressado na “Federal”. Meus avós não cursaram nenhuma graduação, mas reconheceram que na educação havia a chance da construção de algo melhor e maior para nossa família. Ofereço a eles meu primeiro agradecimento: minha avó Waldelice – que bancou, de muitas formas diferentes, toda a minha educação – e ao meu avô Josias (*in memoriam*), obrigada pela chance de sonhar.

Agradeço à minha mãe, Renata, mulher-exemplo para mim. Professora da rede pública, inteligente, sempre comprometida e amorosa. Mas, além disso, sempre foi minha maior apoiadora e incentivadora. Obrigada, mãe. Eu amo você!

À todas as professoras e professores com os quais já tive a honra de aprender, cito aqui Renata Veras, minha orientadora, o meu mais sincero agradecimento pela oportunidade, pelo tempo e dedicação. Com vocês pude ver a psicologia para além do óbvio e me (re)fazer nessa trajetória.

Agradeço à Suely Aires, minha supervisora de estágio durante a graduação, que soube me compreender mesmo sem me conhecer e me apresentou o cuidado na rua numa perspectiva única. Obrigada também, pelo cuidado dedicado a mim e por toda colaboração participando de cada etapa avaliativa deste trabalho.

A todas as pessoas que já atendi, aos queridos assistidos que pude acompanhar ao longo desses anos e que confiaram em mim para partilhar suas histórias. O cuidado mútuo que construímos sempre estará guardado no meu coração. Um agradecimento especial a Genivaldo da Paixão (*in memoriam*), seu riso estará sempre conosco.

Ao meu irmão Vladimir pela compreensão, pelo cuidado com Zack na minha ausência e, sobretudo, por toda preocupação que tem comigo e com nossa família.

Às minhas tias e primos, muito do que tenho só foi possível por conta de vocês.

Ao meu amor, Lara, pela presença, companheirismo, colo e incentivo. Obrigada!

A Ivson, Rodrigo, Alessandra, Daniele, Aléxia, Lorena, Maíra, Myllena e a todos os meus amigos que são fontes inesgotáveis de amor e confiança. Eles acreditaram em mim mesmo quando eu descreditei; me ajudaram na construção do projeto, na prova de proficiência, leram as 1000 versões deste trabalho, assistiram tantos testes de apresentações e me ajudaram em muitos outros momentos: sem vocês não seria possível!

Aos profissionais que colaboraram com a presente pesquisa participando das entrevistas, meu sincero agradecimento e minha grande admiração.

Ao Fórum Acadêmico de Saúde, Levante Popular da Juventude e Diretório Acadêmico de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, espaços que potencializam a minha formação pessoal e profissional.

Ao Programa Corra pro Abraço, que foi minha casa no estágio e no início da minha carreira profissional, obrigada pela oportunidade! A rua nos deu régua e compasso e assim me fez psicóloga, ao passo que me refiz como cidadã.

Ao grupo Interfaces e aos colegas/amigos do mestrado, muito obrigada pelas trocas e por toda ajuda nesse caminho que poderia ter sido solitário, mas com vocês foi compartilhado.

Por fim, agradeço a Universidade Federal da Bahia. A cada servidor, estatutário ou terceirizado e a cada profissional autônomo que constroi essa Universidade. Nossa luta é pela manutenção da universidade pública, gratuita e de qualidade. Para que eu e tantas outras sejamos as primeiras das nossas famílias a estar em um programa de pós de graduação *stricto sensu* na Federal, mas, não mais, as últimas.

RESUMO

O Brasil é um país extremamente desigual e grande parte da sua população vive em situação de vulnerabilidade socioeconômica e injustiça social. Tradicionalmente, o modelo hegemônico de atuação da psicologia é o clínico-particular, engendrado a partir de uma lógica individualista e descomprometido socialmente, estando assim, voltado para a menor parte da população. Entretanto, a partir da década de 80, a psicologia é convocada a atuar em outros espaços, com destaque para os serviços da saúde pública e com pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Toma-se como objetivo neste trabalho “analisar como as psicólogas contribuem para a promoção do cuidado da população em situação de rua a partir dos serviços de saúde na cidade de Salvador (BA)”. Para pensar teoricamente o contexto do serviço de saúde que atende a população em situação de rua (PSR) e a inserção e trabalho das psicólogas nesses espaços serão utilizados os conceitos de Emerson Merhy acerca da composição técnica do trabalho em saúde e de Martín-Baró e a Psicologia da Libertação. A metodologia adotada foi de fundamentação qualitativa, incluindo revisão sistemática de literatura e a realização de entrevistas semi-estruturadas. Esse estudo se torna relevante, na medida em que ampliará o conhecimento acerca das práticas das psicólogas com a PSR, bem como apresenta quais têm sido os desafios encontrados e as tecnologias utilizadas na realidade soteropolitana.

Palavras-chave: atuação, população em situação de rua, psicologia.

ABSTRACT

Brazil is an extremely unequal country and a large part of his population lives in a situation of socioeconomic vulnerability and social injustice. Traditionally, the hegemonic model of psychology's performance is the clinical-private one, engendered from an individualistic and socially disengaged logic, thus being aimed at the smallest part of the population. However, from the 1980s onwards, psychology was invited to act in other spaces, with emphasis here on public health services and with people in socioeconomically vulnerable situations. The objective of this work is to “Analyze how psychologists contribute to the promotion of care for the homeless population based on health services in the city of Salvador (BA)”. In order to think theoretically about the context of the health service that serves the homeless population (PSR) and the insertion and work of psychologists in these spaces, Emerson Merhy's concepts about the technical composition of health work and Martín-Baró's about Liberation Psychology. The methodology adopted was qualitative, including a systematic literature review and semi-structured interviews. This study becomes relevant, as it will expand knowledge about the practices of psychologists with PSR, as well as, it presents what challenges have been encountered and the technologies used in Salvador's reality.

Keywords: performance, homeless population, psychology.

Lista de Figuras

Artigo I

Figura 1. Identificação dos estudos por bases de dados27

Lista de Quadros

Artigo I

Quadro 1. Apresentação dos artigos analisados.....28

Quadro. Categorias de análise.....33

Lista de Siglas

A

AD - Análise do Discurso
APS - Atenção Primária em Saúde

C

CAPSAD - Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas
CFP - Conselho Federal de Psicologia
CnaR - Consultório na Rua
CNDH - Conselho Nacional dos Direitos Humanos
COVID 19 - Corona Virus Disease 2019
CREPOP - Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas
CRP - Conselho Regional de Psicologia
CTT - Composição Técnica do Trabalho

E

EFS - Estratégia de Saúde da Família

F

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

I

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

M

MNPR - Movimento Nacional da População em Situação de Rua

N

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

P

PNPR - Política Nacional para a População em Situação de Rua
PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PSR - População em Situação de Rua
PTS - plano terapêutico singular

R

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RD - Redução de Danos

S

SEMPRE - Secretaria de Promoção Social, Combate à Pobreza, Esportes e Lazer

SPA's - substâncias psicoativas

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

T

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TM - Trabalho Morto

TV - Trabalho Vivo

U

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Quem é a população em situação de rua?.....	17
1.2 Psicologia e população em situação de rua.....	20
2 OBJETIVOS.....	24
2.1 Objetivo Geral.....	24
2.2 Objetivos Específicos.....	24
3 JUSTIFICATIVA.....	25
4 MARCO TEÓRICO.....	27
5 METODOLOGIA.....	33
5.1 Primeira Etapa.....	33
5.2 Segunda Etapa.....	33
6 RESULTADOS	35
6.1 ARTIGO I.....	35
Introdução	
Metodologia	
Resultados	
Considerações Finais	
Referências	
6.2 ARTIGO II.....	56
Introdução	
Metodologia	
Resultados	
Considerações Finais	
Referências	
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
8 REFERÊNCIAS.....	83

ANEXO

Parecer do Comitê de Ética

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Roteiro de Entrevista

APRESENTAÇÃO

Foi na rua que me tornei psicóloga. Dito isso, acredito que elucidado a importância que esta pesquisa tem para mim. Ao ingressar na Universidade Federal da Bahia tive acesso a um mundo totalmente novo. Tudo parecia interessante e todas as áreas da psicologia pareciam ser as certas para mim. Iniciação científica na área clínica, estágio em recrutamento e seleção, participação em grupo de estudo em psicologia organizacional... e tudo começou a parecer errado. Nenhuma delas fazia tanto sentido quando eu comecei a me aprofundar.

Algumas águas rolaram e eu tive um encontro realmente significativo quando conheci o “Fórum Acadêmico de Saúde” - coletivo de estudantes que se reuniram para criar iniciativas voltadas para a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi meu primeiro encontro com o movimento estudantil. Daí veio o Diretório Acadêmico de Psicologia (DAPSI) e os movimentos sociais (Levante Popular da Juventude e Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra).

Nesses espaços pude acessar algo que a sala de aula não me oferecia: letramento político, racial e social. Isso mudou a forma como eu via a psicologia e me fez entender o porquê de eu ainda não ter me encontrado. A psicologia fazia sentido para mim quando ela fosse acessível, quando estivesse a serviço do povo.

Em 2016 participei da Semana de Vivências no SUS, congressos, além de organizar diversas atividades para os estudantes através do DAPSI, desenvolver um trabalho na comunidade quilombola de São Francisco do Paraguaçu e ter muitos outros encontros significativos que me mostraram uma psicologia que se faz na palavra, no vínculo, na afetação, e que é comprometida politicamente, socialmente e racialmente.

Contudo, foi em 2017, a partir de uma disciplina, que aconteceu o primeiro encontro com o Corra pro Abraço - Programa do Governo do Estado que atende pessoas em situação de rua e de extrema vulnerabilidade. Eu já conhecia e tinha interesse na redução de danos, mas ali eu a vi de uma maneira que fez meus olhos brilharem. Isso não saiu da minha cabeça (e nem do meu coração). Em 2019, eu sabia que gostaria de realizar meus estágios obrigatórios em saúde com a redução de danos. Foi quando a supervisora de estágio, Suely Aires, me sugeriu retornar ao Corra pro Abraço.

O reencontro foi arrebatador, uma vez que as mobilizações foram muitas: “Suely, como atender no meio da praça? E o sigilo?”; “O que uma roda de arte-educação tem a ver com psicologia?”; “Será que ofertar uma escuta diante de tanto sofrimento ajuda?”, dentre outros

questionamentos. Através dessa experiência, acessei uma realidade completamente diferente da minha, ainda que existente na mesma cidade.

O acesso a alguns referenciais teóricos como a Clínica Peripatética (Lancetti, 2008), formulações de Emerson Merhy sobre Composição Técnica do Trabalho (CTT) (Merhy e Franco, 2003; Merhy, 2002), conceito de Necropolítica (Mbembe, 2016), Racismo Estrutural (Almeida, 2018) e a Psicologia da Libertação (Martín-Baró, 1996) foram se entrelaçando à prática.

Durante as andanças pelas ruas do Centro Histórico, nas rodas na praça da Piedade, nas supervisões acadêmicas, nos grupos terapêuticos, nas aulas do Curso de Redução de Danos fui me tornando psicóloga. Era ali, na rua, lado a lado a uma equipe multidisciplinar e de pessoas em situação de extrema vulnerabilidade que construíamos outros caminhos.

Em 2020, fui convocada a retornar ao Corra já como psicóloga, atendendo no território que nasci - na Cidade Baixa, em Salvador/BA. O contexto era mais desafiador ainda, pois enfrentávamos uma pandemia, tendo um presidente negacionista no governo. E mais inquietações surgiram: “Como aliar teoria, técnica e política para ofertar o cuidado necessário a essas pessoas que são tão vulnerabilizadas?”; “Como pode a psicóloga contribuir com a construção do cuidado em um cenário de descaso?”; “Existe um lugar para a psicologia na rua?”

Ao longo de toda essa trajetória, sempre ficou perceptível que essa é uma área de atuação pouco comum na psicologia, já que ela não integra as áreas clássicas da profissão e não está contemplada na nossa grade curricular. Muitas pesquisas demonstram a crise de identidade profissional de psicólogas que atendem a população em situação de rua, por conta, muitas vezes, da falta de referenciais na psicologia para atuação e, outras vezes, da ideia de que a psicologia não pode contribuir com o cuidado de pessoas em situação de vulnerabilidade (CRP - MG, 2015; Rocha e Oliveira, 2020).

Salvador foi uma das pioneiras na oferta do cuidado a população em situação de rua (PSR) através da redução de danos. A saúde é um direito de todos, muito embora essas pessoas ainda sejam tão negligenciadas. É nesse contexto que surge o interesse em estudar a atuação da psicóloga que compõe e produz serviços na esfera da saúde, especificamente a produção direcionada à população em situação de rua.

O presente trabalho será apresentado por meio de uma coletânea de artigos, organizada nas seguintes seções: uma breve introdução sobre o tema, em seguida serão apresentados os objetivos e a justificativa que elucida a relevância do trabalho. Depois, apresentarei o marco

teórico e a metodologia. Posteriormente, serão apresentados dois artigos enquanto resultados desta pesquisa. O primeiro “Ações de assistência à saúde ofertadas para a População em Situação de rua: um estado da arte” trata-se de uma revisão sistemática de literatura acerca de estratégias de atenção à saúde dos serviços e programas voltados para a população em situação de rua no Brasil. Este foi publicado na Revista Ciência & Saúde Coletiva no volume 29, número 08 do ano de 2024. O segundo artigo, denominado “Por onde você anda na cidade?": a psicologia nas ruas de Salvador (BA)” construído a partir do encontro com as psicólogas que atuam com a PSR em Salvador. Por fim, serão apresentadas as considerações finais.

1. INTRODUÇÃO

1.1 QUEM É A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA? - A PERSPECTIVA SOB O OLHAR DE UMA PSICÓLOGA PESQUISADORA

Podemos pensar na população em situação de rua, aqui chamada de PSR, como pessoas que tiveram suas trajetórias de vida marcadas por um grande processo de *exclusão social*. Nascimento (1994) define a exclusão social como consecutivas e crescentes rupturas sociais e comunitárias. Essa é uma característica atribuída exteriormente, isso quer dizer que o excluído não fez nada que justifique estar nessa condição, ela lhe foi designada. A isso soma-se a pobreza, isto é, a impossibilidade de suprir condições básicas de vida, destituição material e, também, simbólica (Nascimento, 1994).

Nesse sentido, o processo de exclusão social destitui determinado grupo de reconhecimento, da alteridade. Aos excluídos é negada a cidadania e o acesso a direitos que, teoricamente, lhes são próprios (Nascimento, 1994). Citando Arendt, Nascimento (1994) aponta para o que chama de “nova exclusão” que seria o extermínio desses grupos que não são reconhecidos como semelhantes. Essas pessoas passam, então, a serem vistas como ameaçadoras, causadoras da violência urbana e, como tal, devem ser presas ou exterminadas (Nascimento, 1994).

Para Almeida (2018), a sociedade contemporânea não pode ser analisada distante de uma compreensão dos fenômenos da raça e do racismo. Neste trabalho, seguindo a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população negra é representada pelo somatório de pardos e pretos. Segundo o Sumário Executivo (Prefeitura de Salvador & Projeto Axé, 2023), a partir da coleta de dados observacional e de autodeclaração, foi constatado que em Salvador, 93% da população de rua é negra (64% pretas e 29% pardas).

Segundo dados do IBGE (2022), em 2020, 1 a cada 4 brasileiros viviam em situação de pobreza - 12 milhões em situação de extrema pobreza e 50 milhões em situação de pobreza. Quase metade (49,4%) da população em situação de extrema pobreza vivia na região nordeste. Dentre as características dessas pessoas, o IBGE (2022) aponta que a grande maioria é mulher, preto ou pardo e criança de até 14 anos.

De acordo com o relatório “*Pele Alvo: a Cor que a Polícia Apaga*” publicado pela Rede de Observatórios em Segurança Pública, 65% das vítimas mortas pela polícia eram negras. Sete estados foram monitorados: Bahia, Ceará, Maranhão, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro e São Paulo, dentre eles a maior proporção de mortos negros pertence à Bahia, com 98% (Campos, 2022).

Mesmo o Brasil sendo um Estado que juridicamente condena o racismo, é possível perceber a sua existência e impacto na sociedade. As percepções de Nascimento (1994) sobre a chamada “nova exclusão” se entre cruzam com os conceitos de *racismo estrutural* (Almeida, 2018) e *necropolítica* (Mbembe, 2016). A população em situação de rua é majoritariamente negra e, por isso, possuem suas vidas atravessadas por uma série de violências.

Tais violências são sempre atravessadas pelo que Almeida (2018) chama de racismo estrutural. O racismo não é um desarranjo social, ao contrário, ele fundamenta todo o modo naturalizado de como se constituem as relações políticas, econômicas e familiares. Essa realidade não poderia existir sem a atuação do Estado, afinal “é por meio do Estado que a classificação de pessoas e a divisão dos indivíduos em classes e grupos é realizada” (Almeida, 2018, p.68), de modo a sempre subalternizar e eliminar os corpos negros.

Nesse sentido, o conceito de necropolítica (Mbembe, 2016) mostra-se extremamente útil. Percebe-se, na atualidade, como o Estado mantém diversos corpos negros em situações de extrema vulnerabilidade e detém a autorização para, literalmente, eliminá-los. A legitimação dessa violência está intrinsecamente vinculada ao racismo estrutural.

É possível perceber que o fenômeno da exclusão social tem diferentes facetas. Nascimento (1994) destaca as dimensões históricas, econômicas e sociais. Ademais, Bader Sawaia (1999) aponta uma dimensão afetiva vivenciada pelas pessoas nessa condição. Ela explicita a importância de olhar para o subjetivo/individual sem perder de vista as dinâmicas já citadas anteriormente e denomina de sofrimento *ético-político* a “vivência cotidiana das questões sociais dominantes em cada época histórica, especialmente a dor que surge da situação social de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor” (Sawaia, 1999, p. 104).

Segundo Nascimento (1994), historicamente existem três personagens principais na exclusão social no Brasil: os indígenas, os negros e os trabalhadores rurais. A história do nosso país é costurada pela violenta história da colonização. Inicialmente, a escravização e o genocídio da população indígena. Em seguida, a escravização dos povos africanos, que eram sequestrados de suas terras e utilizados como mão de obra para a construção da colônia. Os

negros não possuíam nenhum direito, despidos de sua humanidade eram tratados como objetos, entretanto eram necessários para a economia (Nascimento, 1994). Por fim, após a abolição, os trabalhadores rurais, também necessários à economia, porém, “não tinham qualquer cidadania, fosse política (não eleitores) ou social (não sindicalizados e sem proteção social)” (Nascimento, 1994, p.38).

Cabe ressaltar que o trabalho escravo ergueu riquezas no país, riquezas estas que nunca foram compartilhadas com quem as construiu. No entanto, após a abolição, os negros foram considerados desnecessários e um atraso ao desenvolvimento do projeto de nação brasileira (Calmon, 2019). Sendo deixados à sua própria sorte, não houve políticas públicas que assegurassem o acesso à saúde, educação, moradia, dentre outros direitos sociais.

Flach (2019) menciona que as transformações neoliberais ocorridas no campo da economia e da política ocasionaram a diminuição da proteção social oferecida pelo Estado, assim como mercantilizou as relações trabalhistas e sociais. Como consequência, houve a estigmatização e desmoralização de corpos já herdeiros de outras opressões (a exemplo de negros e pobres) os quais são destinados a lugares sociais e espaciais intoleráveis. Nascimento (1994) aponta que na década de 80/90 a pobreza se torna mais visível nas cidades e o pobre é representado como um bandido em potencial. A imagem social da pobreza passa então a ser a de pessoas em situação de rua, utilizando drogas e que roubam os trabalhadores que por ali passam (Nascimento, 1994).

O Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH, 2020) aponta que a PSR é constantemente hostilizada pelo resto da sociedade, principalmente por supostamente colocarem em risco a ordem social. É comum que o Estado e a sociedade criminalizem as questões sociais que envolvem esse grupo. O resultado disso, muitas vezes, é o encarceramento ou até mesmo a morte desses indivíduos. Além disso, existem diversos estigmas e preconceitos destinados a PSR, entre eles a culpabilização pela sua condição (CNDH, 2020).

Com o contexto da crise capitalista, o número de pessoas e famílias vivendo nas ruas aumentou, deixando ainda mais evidente o cenário de desigualdade e injustiça social (CNDH, 2020). A causa da ida às ruas é multifatorial e depende de cada história de vida, embora os principais fatores sejam: desemprego, desejo em conhecer novas cidades e ter novas oportunidades, brigas familiares e busca por trabalho (Movimento Nacional da População em Situação de Rua [MNPR], 2009).

Conforme destaca Calmon (2019) “via de regra, a história de vida das pessoas que vivem nas ruas está marcada por eventos / processos de violência: abuso sexual, violência doméstica, homofobia, transfobia, prisão ou morte violenta de parentes, por exemplo” (Calmon, 2019, p.132). Nas ruas, as pessoas estão submetidas a uma série de intempéries ambientais, insegurança alimentar, empregos informais - os chamados “corres”, violências simbólicas, físicas, sexuais e institucionais, violências por parte do Estado e criminalização dos seus corpos. O uso de drogas muitas vezes se torna uma estratégia para sobreviver a essas situações (Calmon, 2019).

Em reação à chacina da Praça da Sé, na cidade de São Paulo, que deixou 7 pessoas em situação de rua mortas, em 2005 surge o Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR) em. Desde o seu surgimento, o MNPR se consolida enquanto um importante instrumento de reunião da PSR e de construção coletiva para a luta e conquistas de direitos dessa população (MNPR, 2009).

Em 2009 é instituída, pelo governo federal, a Política Nacional para a População em Situação de Rua. Essa política é um marco importante como forma de resposta do Estado brasileiro a todas as mazelas que são destinadas a essas pessoas. No documento descreve -se PSR como:

o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Decreto N° 7.053, 2009, p.1).

É importante perceber a ampliação na percepção de quem é a PSR. Tal nomeação não se dá exclusivamente para as pessoas que apenas dormem nas ruas, mas para todas aquelas que não possuem uma moradia convencional regular e fazem das ruas sua fonte de sustento. Muitas vezes a renda é garantida através de trabalhos informais.

É imprescindível ressaltar que, apesar de toda a conjuntura sócio-histórica e econômica à qual essas pessoas estão submetidas ser semelhantes, elas são únicas. Reconhecer a singularidade de cada sujeito é importante para que sejam enxergados em suas individualidades.

Cada pessoa possui um nome e sobrenome, bem como medos, crenças, convicções, sonhos e tudo aquilo que constitui a subjetividade humana.

1.2 PSICOLOGIA E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

O modelo hegemônico de atuação da psicologia é o clínico-particular, engendrado a partir de uma lógica individualista e descomprometido socialmente (Gondim et al., 2010; Dimenstein, 2000).

Spink (2006) aponta que, apesar de ser considerada pertencente à área da saúde, a atuação da psicologia se desenvolvia restritamente em duas áreas: primeiro, as atividades exercidas nos consultórios particulares, sendo a psicóloga uma profissional liberal a serviço das classes com maior poder aquisitivo e segundo, as atividades praticadas em hospitais e ambulatórios de saúde mental, muito associada à psiquiatria, com enfoque no tratamento medicamentoso e na internação.

Entretanto, havia trabalhos, principalmente em clínicas-escola, voltados para comunidades e pessoas em situação de vulnerabilidade que fomentaram discussões sobre o papel da psicologia e reflexões sobre o conceito de saúde mental. Além disso, a partir da década de 80, a psicologia é convocada a atuar em outros espaços, com destaque para os serviços da saúde pública e com pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Um dos objetivos dessa convocação, sobretudo nos Centros de Atenção Psicossociais, é a diminuição da internação dos pacientes com transtornos mentais e o incentivo à integração com a família e comunidade, pautados pelos princípios da Reforma Antimanicomial (Gondim et al., 2010).

Nesse sentido, as psicólogas são provocadas a superarem três grandes problemas (Spink, 2006). O primeiro deles é o fato de que na graduação existe o predomínio do modelo psicodinâmico, privilegiando as práticas clínicas e ausência de discussões relacionadas à saúde pública (Spink, 2006). O segundo ponto é a difusão da ideia do indivíduo como ser abstrato, a-histórico, que é desvinculado dos processos políticos, sociais e econômicos. Segundo Spink (2006), quando essa discussão acontece é de maneira reducionista de modo que não proporciona a compreensão do social como processo. Por fim, mas não menos problemático, a ausência de um paradigma forjado com base na psicologia para o estudo do processo saúde/doença e a reprodução do modelo médico hegemônico (Spink, 2006).

Para atender às novas demandas e considerar a maior parte da população brasileira, é necessária uma revisão da identidade profissional e repensar sobre a ausência de referenciais teóricos e práticos para a atuação, visando a elaboração destes. Ao entrevistar profissionais da psicologia que atuam em diversos serviços públicos - inclusive específicos para a PSR - as profissionais relataram uma certa “crise de identidade”, dificuldade de descrever as suas atribuições ou localizar o diferencial e a importância da psicologia naquele espaço (CRP - MG, 2015; Rocha e Oliveira, 2020).

Antônio Lancetti (2008) teceu algumas contribuições acerca da clínica para as pessoas em situação de vulnerabilidade. Ele denominou de peripatética a clínica que se faz andando, nas ruas, longe do *setting* terapêutico tradicional e que é uma aposta na desconstrução do modelo manicomial de cuidado na saúde mental. O autor aponta que esse tipo de trabalho não só é produtor de subjetividade, mas também de cidadania. Ademais, enfatiza que, para atender as pessoas em situação de vulnerabilidade, é preciso adotar um espírito de inovação para confrontar as maneiras burocráticas e simplistas de cuidado, que frequentemente reproduzem violências estruturais.

Este estudo tem como objeto de análise a atuação da psicóloga junto à população em situação de rua em Salvador – Bahia. O contexto das pessoas em situação de rua na referida cidade não é muito diferente de outros grandes centros urbanos, marcado por uma fragilidade da vida e dos direitos, exclusão cotidiana, vítimas de operações de limpeza social, de agressões por parte da força policial, à mercê das mudanças climáticas e tantas outras violências (Souza e Macerata, 2015). Por conta disso, é importante que a psicóloga inserida nesse contexto conduza seu trabalho de maneira a provocar mudanças, não somente individuais, mas principalmente sociais (CRP – MG, 2015).

Se atuar com a saúde pública, em termos gerais já convoca a psicóloga a um lugar desconhecido, atuar com a PSR é um desafio ainda maior. Isso porque essa é uma população extremamente vulnerabilizada, invisibilizada e criminalizada. O acesso dessas pessoas aos serviços de saúde é marcado por uma série de bloqueios formais e informais que refletem o racismo institucional presente nos serviços. A exigência do porte de documentação, o cheiro da roupa e da pessoa, a presença de policiais e horários de atendimento rígidos são algumas dessas barreiras (Araújo & Schramm, 2017).

O Sumário Executivo publicado por Carvalho e colaboradores (2017), realizado na cidade de Salvador, revela que 16,3% dos usuários relataram ter sofrido negação de acesso

em unidades de saúde. Ciente da violação de direitos que a PSR sofre é instituído pelo Ministério da Saúde, em 2011, o Consultório na Rua como uma estratégia da Atenção Básica na tentativa de garantir o princípio da equidade presente no SUS (Portaria nº 122, 2011) e a psicologia é umas das profissões que integra essas equipes.

Sawaia, Pereira e Santos (2018) realizaram uma revisão sistemática de literatura com o objetivo de investigar o olhar da psicologia sobre a PSR. Em seus resultados foi constatado que boa parte das produções nacionais fazem referência a atuação profissional com essa população nos âmbitos da saúde e da assistência social. Entretanto, não há uma análise crítica sobre o trabalho da psicologia nesses campos.

Nesse sentido, as autoras constataram que são raros os trabalhos que se propõem a investigar a atuação da psicóloga em sua especificidade com esse grupo populacional. Existe uma breve sinalização de especificidade que seria “o trabalho de escuta” (Sawaia, Pereira e Santos, 2018).

Constata-se, então, que a atuação com a PSR revela uma série de desafios, o modo nômade de vida, as restrições de trânsito nos territórios da cidade, as complexidades das demandas no campo da saúde, o sucateamento da rede pública socioassistencial e de saúde, superlotação dos serviços, falta de documentação, a fragilidade da vida, as violências institucionais, dentre outros. Por outro lado, oferta também a possibilidade de (re) invenção das teorias, técnicas e práticas psicológicas, de modo que estas se tornem disponíveis para as maiorias populares (Martín-Baró, 1996).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar como as psicólogas contribuem para a promoção do cuidado à população em situação de rua nos serviços de saúde na cidade de Salvador (BA).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Analisar as estratégias de atenção à saúde desenvolvidas nos serviços e programas voltados para a população em situação de rua no Brasil.
- b) Descrever os serviços de saúde nos quais as psicólogas atendem a população em situação de rua em Salvador (BA).
- c) Analisar as *tecnologias* utilizadas pelas psicólogas no seu *quefazer* junto à população em situação de rua.

3. JUSTIFICATIVA

A partir da década de 1980, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e em 2001, com a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica nº 10.216/2001, que a psicologia começa a ser, sistematicamente, convocada a atuar na saúde pública. Em 2009, acontece a publicação da Política Nacional para a População em Situação de Rua. Tal documento caracteriza a população e suas especificidades e esse contexto contribui para a criação de novos serviços como o Consultório na Rua, por exemplo, ampliando a inserção da psicologia na atuação com esse público (CRP – MG, 2015). Gondim et al. (2010) afirmam que desde 1992 foi possível verificar, por meio de uma revisão crítica da literatura disponível, um aumento na preocupação da psicologia sobre o seu papel social e às demandas coletivas que vão na contramão do modelo hegemônico.

Entretanto, como já dito, não devemos minimizar o impacto do fato da identidade profissional da psicóloga ter sido embasada em um modelo clínico, individualista e elitista. Os currículos de graduação apresentam lacunas ao não permitirem às alunas contato com aspectos sociais, históricos, políticos, ideológicos que circundam a sociedade em que vivem e interferem diretamente na sua prática. Consequentemente, a ausência da articulação das teorias psicológicas com saberes da saúde coletiva e os princípios e práticas no SUS geram enormes prejuízos. (Gondim et al., 2010; Dimenstein, 2000; Rocha e Oliveira, 2020).

Dimenstein (2000) afirma que há a reprodução do modelo clínico individual nesses espaços de serviços públicos, o que não é efetivo para o cuidado dos usuários. Em pesquisa com as psicólogas que atendem a PSR em Minas Gerais, o Conselho Regional de Psicologia (2015) aponta que a maior parte das psicólogas não consegue definir qual a linha teórica para realização dos atendimentos, o que pode reduzir a qualidade metodológica do trabalho. Ademais, foi possível verificar que as profissionais tiveram dificuldades em diferenciar as especificidades da sua atuação com as de outras profissionais que compõem a equipe.

Esse campo de trabalho coloca a psicóloga num desafio de desenvolver uma prática que é muito distinta do padrão usualmente esperado. O desafio está relacionado às especificidades do público atendido, a saber: estigmas e violências sociais; violências institucionais; privação de direitos; baixa segurança alimentar; baixa escolaridade; privação de sono; uso abusivo de substâncias psicoativas; fragilidade da vida; dentre outros; seja pela diferença do *setting* terapêutico – que muitas vezes é a própria rua, território vivo, dinâmico e imprevisível. Por

outro lado, há o desafio da atuação em equipe multiprofissional, tendo em vista ter sua formação distanciada das prerrogativas do SUS e das propostas de atuação em seus serviços, como também há de se considerar os ataques e sucateamentos que os serviços públicos vêm sofrendo nos últimos anos, resultando na precariedade desses espaços.

Nesse sentido, Rocha e Oliveira (2020) pontuam que a prática da psicologia com a PSR encontra-se em fase de construção. Em alguns estudos com psicólogas que atuam nessa área, na cidade de Fortaleza - CE e em Minas Gerais, foi encontrada uma crise de identidade profissional, além da dificuldade em aplicar os conhecimentos aprendidos na graduação no trabalho prático e na dificuldade em expressar com precisão quais as teorias e intervenções realizadas. (Rocha e Oliveira, 2020; CRP – MG, 2015).

Dessa forma, este estudo se torna relevante na medida em que ampliará o conhecimento acerca das práticas das psicólogas com a PSR. Também possui o potencial de publicizar os desafios encontrados e as tecnologias utilizadas na realidade soteropolitana, de modo a contribuir para uma discussão da temática, ampliando as perspectivas práticas e teóricas sobre o tema, podendo fomentar uma melhor qualidade para o atendimento da população de rua.

4. MARCO TEÓRICO

Para embasar teoricamente o contexto do serviço de saúde que atende a PSR e a inserção e trabalho das psicólogas nesses espaços, utilizaremos os conceitos de Emerson Merhy acerca da *composição técnica do trabalho em saúde* e de Martín-Baró sobre o *quefazer* da psicóloga.

É a partir de observações do trabalho cotidiano de profissionais de saúde, em seu micro-espaço, com destaque para a micropolítica ali desenvolvida que o Emerson Merhy formula seus conceitos (Merhy e Franco, 2003).

Conforme apontado por Merhy e Franco (2003) todos os profissionais implicados na produção da saúde possuem certo grau de liberdade na rotina do trabalho e acabam por governar certos espaços. Com isso, infere-se que “o modelo assistencial se constitui sempre a partir de certas contratualidades entre estes atores sociais e políticos” (Merhy & Franco, 2003, p.317).

Será adotada aqui a percepção de que os modelos assistenciais são formas de organização da produção de serviços e que essa produção está associada aos processos e tecnologias de trabalho, de modo a influenciar na forma de agir e na oferta de produtos que são capazes de alterar a condição de saúde do usuário (Merhy & Franco, 2003). Cabe ressaltar que os produtos não precisam ser, necessariamente, materiais. Consideramos, também, produtos simbólicos, ou seja, aqueles que satisfazem necessidades (Merhy, 2002).

Merhy e Franco (2003) apontam que as relações que se desenvolvem no trabalho podem ser “sumárias e burocráticas, onde a assistência se produz centrada no ato prescritivo, compondo um modelo que tem, na sua natureza, o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos” (p.318). Entretanto, podem também “se dar como relações intercessoras estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde” (Merhy, 2002). A estas, chamamos de tecnologias leves” (Merhy & Franco, 2003, p.318).

Merhy (2002) apresenta o conceito de tecnologia como: “certos saberes que são constituídos para a produção de produtos singulares, e mesmo para organizar as ações humanas nos processos produtivos, até mesmo em sua dimensão inter-humana” (p.45). Ou seja, em nosso contexto consideramos como tecnologia os saberes, as abordagens teóricas, os procedimentos adotados e a relação que é desenvolvida entre profissional-usuário. Todo esse conjunto impacta na forma como a assistência à saúde é prestada.

O autor aponta que as tecnologias se apresentam em três modalidades: leves, leve-duras e duras. As leves são as tecnologias de relações, a exemplo da produção de vínculo, acolhimento, escuta qualificada. Já as leve-duras são saberes estruturados, como a clínica médica, a psicanálise e a redução de danos. E, por fim, as duras são as que podem ser equipamentos tecnológicos, normas e estruturas organizacionais. (Merhy, 2002)

Compreende-se que o núcleo tecnológico do processo de trabalho em saúde é composto pelo ‘trabalho morto’ (TM) e ‘trabalho vivo’ (TV). O TM refere-se aos instrumentos e ao trabalho pregresso de elaboração que foi realizado sobre eles, enquanto o TV é aquele desenvolvido nas relações, sendo o trabalho em ato, o campo das tecnologias leves (Merhy e Franco, 2003). Existe, então, um encontro do TM com o TV, que promove uma correlação, denominado de Composição Técnica do Trabalho (CTT). Ou seja, a CTT é a razão entre TM e TV (Merhy e Franco, 2003).

Desse modo, espera-se que, quando a Composição Técnica do Trabalho for adepta ao TM, haja a preponderância de tecnologias duras no processo de trabalho. De modo análogo, quando a CTT for adepta ao TV haverá uma preponderância da produção do cuidado centrado nas tecnologias leves (Merhy e Franco, 2003).

Na primeira opção, a assistência é ofertada de maneira mais burocrática e com o foco na doença. É um trabalho que prioriza o ato prescritivo e tem como núcleo tecnológico o trabalho morto centrado quase exclusivamente em exames e medicamentos (Merhy e Franco, 2003).

Na segunda opção, a assistência é ofertada de maneira mais relacional com o usuário. Não se exclui a necessidade da utilização instrumental (exames e medicamentos), mas enxerga o sujeito para além do motivo que o levou ali (Merhy e Franco, 2003), buscando compreender sua origem e relações sociais, familiares e sua história. O cuidado é construído em compartilhamento com o sujeito e o projeto terapêutico busca a construção da autonomia do usuário (Merhy e Franco, 2003).

Merhy (2002) assinala que o trabalho vivo realizado em ato é vinculado a um trabalho morto. Entretanto, cabe perceber que este TM já foi um TV. É importante notar como esses processos estão relacionados. O trabalho vivo opera como uma máquina de guerra política, na medida em que marca territórios e os defende a partir de um desejo do sujeito.

Portanto, o trabalho em saúde nunca poderá ser integralmente composto pelo trabalho morto. Isso porque:

seu objeto não é totalmente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção (Merhy, 2002, p. 49).

A perspectiva do autor que aqui será adotada explicita que no trabalho em saúde não cabe uma perspectiva moral de julgamento, entretanto é importante reconhecer quais razões instrumentais o estão compondo e quais são as intencionalidades (Merhy, 2002). E desse modo:

perguntar sobre que modelagem de tecnologia do trabalho vivo em ato se está operando, como ela realiza a captura das distintas dimensões tecnológicas, e o lugar que os usuários/necessidades e os trabalhadores/necessidades, como intenções, ocupam na rede de relações que o constituem (Merhy, 2002, p.50).

Assim, pretende-se compreender neste estudo as maneiras que as profissionais estão implicadas no trabalho em saúde, quais são as tecnologias adotadas e como esse serviço chega até o seu público-alvo.

Qual o papel da psicóloga nesses espaços? Como pode o saber psicológico contribuir para o cuidado dessas pessoas? É na contramão da hegemonia no campo do saber psicológico que Martín-Baró desenvolve sua teoria, baseada no compromisso epistemológico, ético e político com os setores populares oprimidos, que ele denomina de maiores populares (Oliveira & Guzzo, 2013). Assim, ele desenvolve a Psicologia da Libertação baseada na sua experiência de atuação em El Salvador e considerando o contexto Latino-Americano (Oliveira & Guzzo, 2013).

Em sua análise, Martín-Baró (1993, 1996, 2000) salienta o sofrimento psíquico oriundo da situação de injustiça social a qual a população latino-americana está submetida, um cenário onde a violência, a desigualdade social, a submissão ao capital estrangeiro e a negação de direitos são protagonistas (Martín-Baró, 1996; Martín-Baró & Lacerda, 2014). Daí o nome “Psicologia da Libertação”: uma psicologia que colabora para libertar os povos dessa realidade (Oliveira & Guzzo, 2013).

De la Corte (2000) destaca que a concepção da Psicologia da Libertação surge justamente nos anos 70, período de crise da psicologia social. Nesse contexto, diversos autores contestam a falta de relevância social da psicologia, uma disciplina que, até então, buscava se aproximar das ciências naturais, com um caráter empirista, neutro e desconectado das realidades dos povos latino-americanos.

Entretanto, além da crise interna da psicologia no cenário mundial, De la Corte (2000) aponta para a crise social que se alastrava nos diversos continentes, caracterizada por protestos estudantis, guerra fria, crise econômica e corrida armamentista. No Brasil, a ditadura militar retirou direitos civis ao passo que fortaleceu o modelo neoliberal de Estado. Logo, De la Corte (2000) elucida que a crise social serviu de estímulo para a crise intelectual da psicologia social.

Diante do cenário apresentado, Martín-Baró (1993) defende, então, que uma teoria precisa ter relevância social e para tal, é necessário valorizar o conhecimento psicossocial. O autor afirma que uma teoria universal aplicada em um contexto diferente do de sua criação é socialmente irrelevante.

Assim, o autor aponta a importância em introduzir a dimensão histórica na psicologia. Deste modo, o conhecimento produzido na ciência psicológica deve estar localizado temporalmente, socialmente, historicamente e, não deve, de maneira alguma, ser visto como universal (De la Corte, 2000). Elencam-se aqui três conceitos chaves para compreensão da Psicologia da Libertação:

O primeiro, o *enfoque dialético*, que consiste na decisão em não separar os conceitos de indivíduo e sociedade, criando assim, uma teoria em psicologia social que compreende a estrutura social e a estrutura psicológica como indissociáveis (Martín-Baró, 1993; De la Corte, 2000).

Em seguida, a *ação*, que se utiliza do conceito weberiano e Baró considera como a conduta dotada de significado ou sentido. A ação humana deve interessar a todo psicólogo social, isso porque o significado ou sentido é, em sua gênese, um fenômeno psicossocial impossível de existir sem uma comunidade, ou seja, sem um conjunto de pessoas que compartilhem entre si significados comuns. Nesse sentido, ele destaca o caráter propositivo da atividade humana, que é intencional, motivada e conectada às estruturas sociais (Martín-Baró, 1993; De la Corte, 2000).

A terceira é a *ideologia*, que Martín-Baró (1993) define como um sistema de significados que se manifestam em valores, ideias, normas que regulam a vida social e que tem

como objetivo legitimar a ordem social dominante e manter a desigualdade social existente. Para Baró, a mudança social só é possível a partir de um processo de quebra ideológica, onde o estado de falsa consciência, alimentado pela ideologia, é quebrado, sendo possível reconhecer a conjuntura desigual existente (De la Corte, 2000).

Diante do exposto, a solução apontada por Martín-Baró (1993, 1996, 2000) para a superação da irrelevância social da psicologia é a concepção de uma práxis orientada pelos problemas sociais que circundam seu local de atuação. O esforço do autor é para unir uma psicologia que tenha rigor científico, mas também, compromisso social. Uma psicologia que diante de conhecimentos vindos de outros lugares tenha a criticidade de os refazer por meio da sua própria realidade local. (Martín-Baró, 2000)

A situação descrita por Martín-Baró em seus textos ainda é a situação encontrada no Brasil atualmente. A desigualdade social faz com que minorias desfrutem de luxos, enquanto a grande maioria populacional vive em condições insalubres, sem ter as necessidades básicas de saúde, alimentação, moradia e educação atendidas (Martín-Baró, 1996).

A manutenção dessa estrutura por séculos só é possível por conta da ideologia e seus mecanismos violentos de controle social e repressão (Martín-Baró, 1996). Assim, Martín-Baró (1996) aponta que o *quefazer* psicológico, ou seja, a atuação da psicóloga, deve responder às necessidades do povo. Sobre o trabalho da psicóloga ele defende que:

“Trabalhar não é apenas aplicar uma série de conhecimentos e habilidades para satisfação das próprias necessidades; trabalhar é, antes e fundamentalmente, fazer-se a si mesmo, transformando a realidade, encontrando-se ou alienando-se nesse quefazer sobre a rede das relações interpessoais e intergrupais (Martín-Baró, 1996, p.15).”

Utilizando o conceito de Paulo Freire, Martín-Baró (1996) conclui, portanto, que o horizonte primordial da psicóloga deve ser a conscientização. E isso seria colaborar para o processo de transformação pessoal e social das maiorias populares que sofrem com as injustiças sociais. Dessa forma, a psicóloga deve trabalhar para que as pessoas consigam romper a situação de alienação que vivem e estabelecer um saber crítico sobre si e sua realidade. O conceito de conscientização articula a dimensão psicológica pessoal, social e política, unindo as instâncias de transformação individual, comunitária e social (Martín-Baró, 1996).

É importante destacar que, para tal, a psicóloga não deve abrir mão do seu conhecimento técnico:

“Não se trata de abdicar do papel técnico que, em ambos os casos, corresponde ao psicólogo; trata-se de despojar esse papel de seus pressupostos teóricos adaptacionistas e de suas formas de intervenção a partir de posições de poder. Para tanto, torna-se necessário elaborar uma visão conceptual diferente e, talvez, também novos métodos de diagnóstico e de intervenção” (Baró, 1996, p.21).

Dias (2020) destaca que é responsabilidade da psicóloga que atua nos serviços públicos atender, diariamente, pessoas que, não raramente, estão em situação de vulnerabilidade. Ademais, aponta que essa situação muitas vezes as impede de compreender a relação entre o seu entorno e o seu adoecer psíquico. Dias (2020) sugere que, para além da conscientização, o incentivo ao fortalecimento da participação cidadã nas políticas públicas de saúde e de assistência social, também deveria estar no horizonte do *quefazer* da psicologia. É a partir dessas duas concepções que esse trabalho se localiza teoricamente.

Analisando a situação de vulnerabilidade e injustiça social à qual a PSR está submetida, acredita-se que as intervenções no campo da saúde devem ser voltadas para o trabalho vivo/em ato, com um olhar ampliado e que transpasse as questões biológicas. Então, o trabalho da psicóloga deve considerar aspectos históricos, sociais e políticos em suas intervenções, buscando superar as situações de violência e injustiça.

5. METODOLOGIA

A metodologia adotada neste estudo é de natureza qualitativa. Conforme apontado por Minayo et al. (2002), essa abordagem permite responder a questões muito particulares que não podem ser quantificadas. Considerando que a atuação da psicóloga com a população em situação de rua é um elemento basilar deste estudo, é justificada a escolha do método pelo potencial de trabalhar com os significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (Minayo et al., 2002).

Ao longo do processo de pesquisa, a metodologia deste estudo sofreu algumas alterações do projeto inicial. Isso ocorreu pela limitação do tempo, intercorrências na vida pessoal da pesquisadora, novas oportunidades de conhecimento e pesquisas correlatas a esta. A partir disso, para responder os objetivos da pesquisa esta dissertação será apresentada no modelo de coletânea de artigos. A metodologia, composta por duas etapas, será apresentada a seguir.

5.1 Primeira Etapa - Revisão Sistemática de Literatura e panorama nacional

Com o intuito de apresentar um panorama geral sobre os serviços de saúde voltados para a PSR, introduzir os leitores ao tema da pesquisa e responder ao primeiro objetivo específico deste trabalho, foi realizada uma revisão sistemática de literatura. As buscas objetivaram analisar as estratégias de atenção à saúde desenvolvidas nos serviços e programas voltados para a população em situação de rua no Brasil. A partir dessa análise geral, será possível, posteriormente, adentrar na realidade soteropolitana.

As buscas foram realizadas nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library Online (Scielo) com a utilização dos seguintes descritores e operadores booleanos em maiusculo: população de rua AND; saúde AND; projeto OR; programa. As buscas aconteceram no mês de março de 2023. Os resultados dessa busca geraram um artigo e ele está apresentado na íntegra em “Resultados”.

5.2 Segunda Etapa - Entrevistas com as psicólogas e panorama local

Na segunda etapa, foi analisada a realidade local da cidade de Salvador/BA. Para isso, foi realizada uma revisão de literatura por conveniência. A busca ocorreu em sites, legislações e publicações sobre os dois serviços de saúde que atendem exclusivamente a população em situação de rua nesta cidade: o Consultório na Rua e o Ponto de Cidadania.

O Consultório na Rua (CnaR) integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito da Atenção Básica em Saúde. São equipes multiprofissionais que podem ser compostas por psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal. As equipes têm o objetivo de lidar com os mais diferentes problemas da PSR, sendo as atividades realizadas de forma itinerante e compartilhadas/integradas com às Unidades Básicas de Saúde e outros serviços da rede de saúde quando necessário (Portaria Nº 122, 2011).

Já o Ponto de Cidadania integra a rede de saúde municipal de Salvador, ele funciona em um contêiner que conta com 3 espaços: atendimento, banho e sanitário. As equipes também são multidisciplinares e dispõem de: educadores físicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, sanitaristas, redutores de danos, arte-educador, além do setor administrativo. Além do uso do banho e sanitário, o Ponto de Cidadania realiza encaminhamentos para rede de saúde, assistência social e justiça (Prefeitura de Salvador, 2022). Salvador conta com cinco equipes de Consultório na Rua e duas equipes do Ponto de Cidadania.

Além disso, foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais com seis psicólogas que atuam nesses serviços: duas de diferentes unidades do Ponto de Cidadania e quatro de diferentes equipes do Consultório na Rua. O instrumento de coleta foi um questionário construído pela pesquisadora (anexo A).

Todos os dados colhidos no percurso da pesquisa foram transcritos, sistematizados e lidos exaustivamente. Com base na Análise do Discurso (Minayo, 2010) foi possível identificar os temas apresentados através do discurso, analisar o posicionamento dos sujeitos da pesquisa, as suas construções discursivas, identificar práticas e ações realizadas em suas atuações, além daquilo que está implícito nesse discurso.

Desse modo, a partir da leitura, sistematização e interpretação de todos os textos obtidos, elaborei um segundo artigo, apresentado a seguir.

6. RESULTADOS

6.1 – Artigo I

Ações de assistência à saúde ofertadas para a População em Situação de Rua: um estado da arte

Abstract

The number of Homeless People (HP) has been increasing in recent years. Government actions have been implemented to improve the living conditions for this population, especially those focused on health care. This study has as research question: What are the healthcare strategies of services and programs being offered to the homeless population in Brazil? Its objective is to analyze the health care strategies adopted by services and programs offered to the homeless population in Brazil. To achieve this purpose, a search was conducted in the Virtual Health Library (BVS), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (Lilacs), and Scientific Electronic Library Online (Scielo) databases, resulting in 21 articles. The analysis revealed the scope and challenges of the health care networks, indicating drug use as the main reason for seeking the services, with the Street Clinics (CnaR, Consultório na Rua) being an important service capable of promoting the creation of links between the HP and other sectors of health. The importance of networking and the complexity of population health care were recurring topics in the discussions, as they deal with actions aimed at vulnerable and stigmatized people, showing needs and singularities in the way of living in society.

Key words: Homeless population, Health, Health assistance.

Resumo

A População em Situação de Rua (PSR) vem aumentando nos últimos anos. Ações governamentais são implementadas para melhorar as condições de vida dessa população, especialmente voltadas à assistência à saúde. Este estudo tem como questão norteadora: quais são as estratégias de atenção à saúde dos serviços e programas voltados à população em situação de rua no Brasil? O objetivo é analisar quais são as estratégias de atenção à saúde adotadas pelos serviços e programas voltados à população em situação de rua no Brasil. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library Online (Scielo), tendo como resultado 21 artigos. A análise revelou os alcances e desafios das redes de atenção à saúde, indicando o uso de drogas como principal motivo para busca dos serviços sendo o Consultório na Rua (CnaR) um dispositivo importante capaz de promover a criação de vínculos entre a PSR e demais setores de saúde. A importância do trabalho em rede e a complexidade do cuidado à saúde de populações foram temas recorrentes nas discussões, pois tratam de ações destinadas a pessoas vulnerabilizadas, estigmatizadas apresentando necessidades e singularidades no modo de viver em sociedade.

Palavras-chave: População de Rua; Saúde; Assistência à Saúde.

Introdução

A existência de pessoas que fazem das ruas seu espaço de sobrevivência é uma realidade comum no Brasil. Esse fenômeno se justifica a partir da constituição da sociedade brasileira. Esta foi fundada a partir de um processo colonial escravocrata, racista e violento, sem medidas reparatórias após seu fim, deixando como consequência grandes fissuras no modo como o país se organiza econômica e culturalmente (Paixão et al., 2021; Calmon, 2020). Assim, a desigualdade social e econômica são marcantes no Brasil, tendo como consequência milhares de pessoas vivendo em situação de rua (Paixão et al., 2021; Calmon, 2020). O Instituto de Pesquisa Aplicada estimou que em março de 2020 existiam 221.869 pessoas vivendo em situação de rua no Brasil. Isso significa que existe um grupo heterogêneo, composto por milhares de pessoas, que vivem em extrema pobreza. Elas se sustentam, de forma temporária ou permanente, em logradouros públicos e áreas degradadas ou em unidades de acolhimento para pernoite temporário ou moradia provisória. Além disso, também apresentam vínculos familiares interrompidos ou fragilizados (Brasil, 2009).

Em que pese a existência da potência de vida nas ruas, permeada por alegria, inteligência, muito trabalho e senso de comunidade, também existe uma série de privações de direitos. A vida dessas pessoas é marcada por sua imprevisibilidade. Na rua elas estão expostas às mudanças climáticas, agressões, insegurança alimentar. Muitas vezes o uso de substâncias psicoativas passa a ser uma estratégia para lidar com as adversidades (Souza & Macerata, 2015; Genonádio et al., 2021).

Esse contexto gera inúmeros impactos na vida da população em situação de rua e influencia diretamente em seus processos de saúde-doença, assim como na possibilidade de acesso e atendimento aos serviços de saúde. Em 2009 foi instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR) - Decreto Presidencial 7.053/2009. A PNPR busca garantir que a população em situação de rua tenha acesso amplo, simplificado e seguro às redes de saúde, assistência social e moradia. Entretanto, reconhece-se a complexidade envolvida no acesso e manutenção da PSR nos serviços de saúde, seja pelas especificidades que a

vulnerabilização da vida oferece ou pelo estigma social e racismo estrutural que impactam na forma como essas pessoas são percebidas e tratadas nos serviços.

Considerando a gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde (SUS) e a possibilidade de participação do setor privado em inúmeras ações, existem diversos programas e serviços complementares, principalmente na atenção primária à saúde, que atendem a população em situação de rua. Nesse sentido, este estudo tem como questão norteadora: quais são as estratégias de atenção à saúde dos serviços e programas voltados para a população em situação de rua? Assim, o presente artigo tem como objetivo analisar as estratégias de atenção à saúde desenvolvidas nos serviços e programas voltados para a população em situação de rua no Brasil.

Metodologia

O estudo em questão tem como método uma revisão sistemática da literatura. Para isso, uma pergunta foi formulada e através da utilização de métodos sistemáticos e explícitos foi possível identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes e coletar e analisar dados desse material que foram incluídos na revisão. Estes estudos se baseiam na recomendação PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), utilizando o seu modelo atualizado de flow diagram (Queiroz et al., 2022). Nesse estudo, a questão formulada foi: quais são as estratégias de atenção à saúde dos serviços e programas voltados para a população em situação de rua?

Nesse tipo de estudo, o PRISMA auxilia os pesquisadores a melhorarem o relato das revisões sistemáticas e meta-análises. Consiste em um checklist e um fluxograma de 4 etapas que organiza e orienta o relato das revisões, oferecendo maior transparência no processo de coleta e análise de dados. Os documentos obtidos e analisados nesta pesquisa são pertencentes ao domínio público e são oriundos de instituições de ensino superior e centros de pesquisa, com o intuito de demonstrar quais os projetos e propostas vêm sendo desenvolvidos, no âmbito da saúde, para e com a população em situação de rua no Brasil.

As buscas foram realizadas nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library Online (Scielo) com a utilização dos seguintes descritores e operadores booleanos em

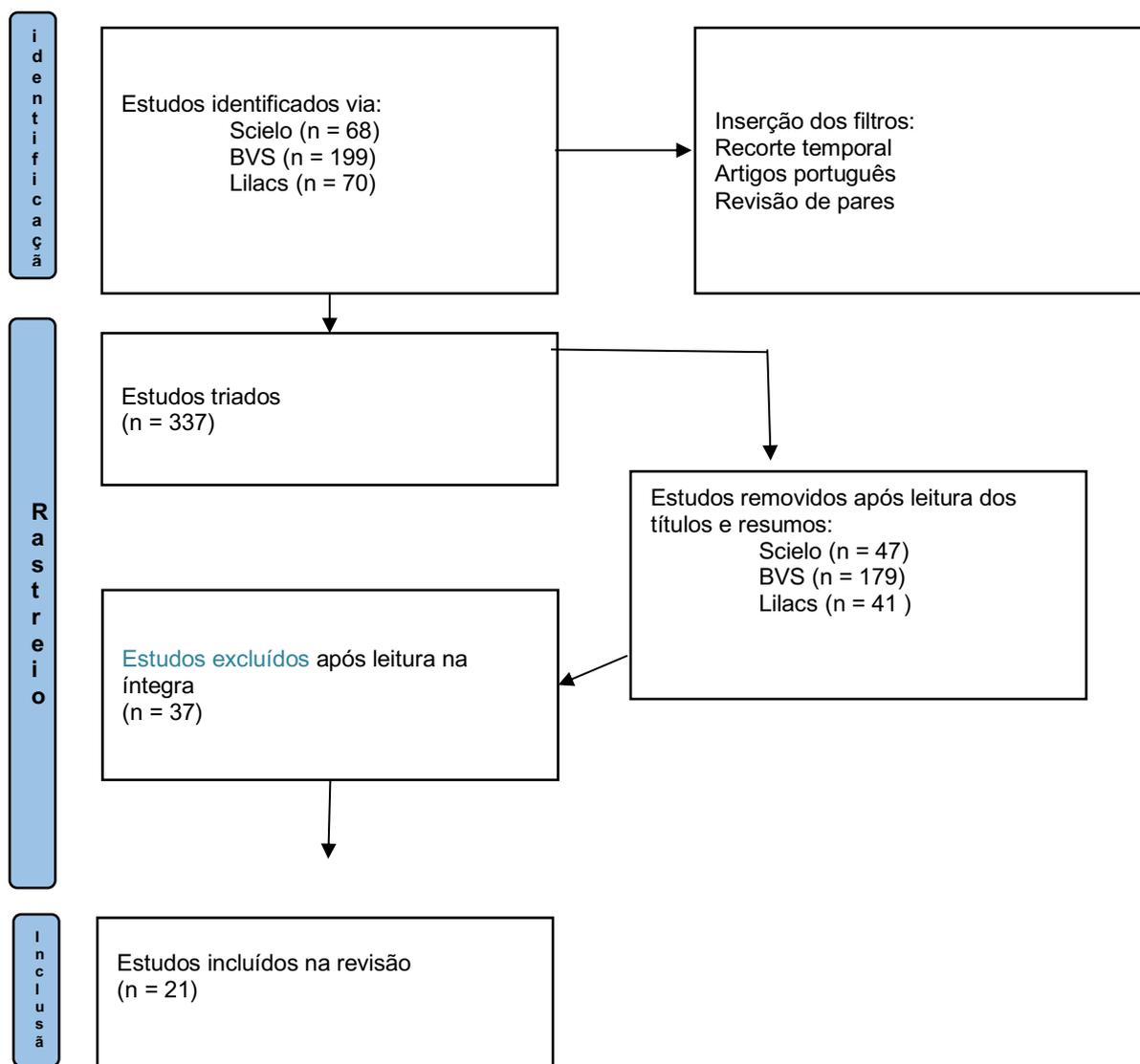
maiusculo: população de rua AND saúde AND projeto OR programa. As buscas aconteceram no mês de março de 2023.

Após a inserção dos descritores, os resultados da pesquisa totalizaram 337 documentos, sendo 199 na BVS, 70 na Lilacs e 68 na Scielo. Os critérios de inclusão na pesquisa foram: artigos completos e revisados por pares, publicados nos últimos 10 anos, em português e que tenham relação com o tema.

Após a leitura de todos os títulos e resumos foram excluídos aqueles que não correspondiam ao objetivo da pesquisa. Dos 199 estudos encontrados na BVS, 179 foram excluídos, restando 20. Dos 70 encontrados na Lilacs 41 foram excluídos, restando 29 e, por fim, dos 68 encontrados na Scielo 47 foram excluídos, restando 21. 12 foram excluídos por estarem repetidos.

Desse modo, 58 estudos foram lidos na íntegra, sendo que alguns foram excluídos por não corresponderem ao objetivo da pesquisa. Dos encontrados na BVS foram excluídos 10, da Lilacs foram excluídos 22 e da Scielo houveram 05 exclusões. Assim, 21 textos foram incluídos no estudo - 05 oriundos da BVS, 06 da Lilacs e 10 da Scielo. O diagrama 1 representa as etapas de seleção dos documentos analisados no presente estudo.

Figura 1: Identificação dos estudos por bases de dados



Fonte: Autores do presente estudo (baseado na recomendação PRISMA 2020 - Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al.)

No quadro a seguir, apresentamos todos os artigos que foram incluídos nesse estudo, ou seja, que estavam de acordo com os objetivos, informando o título, ano de publicação, autores, local de realização, metodologia utilizada e categoria de análise.

Quadro 1: Apresentação dos artigos analisados

Título do documento	Ano de publicação	Autor (as/es)	Local de realização	Categoria de análise	Metodologia
O acesso da população em situação de rua é um direito negado?	2019	Cindy Damaris Gomes Lira, Jéssica Micaele Rebouças Justino, Irismar Karla Sarmento de Paiva, Moêmia Gomes de Oliveira Miranda e Ana Karine de Moura Saraiva	Mossoró (RN)	Acesso à rede	Qualitativa - entrevista
Acesso ao tratamento para dependentes de crack em situação de rua	2020	Cintia Cristina Silva Rossi e Adriana Marcassa Tucci	Baixada Santista (SP)	Acesso à rede	Qualitativa - entrevista
Barreiras de acesso à saúde pelos usuários de drogas do consultório na rua	2019	Melina Adriana Friedrich, Christine Wetzel, Marcio Wagner Camatta, Agnes Olschowsky, Jacó Fernando Schneider, Leandro Barbosa de Pinho e Fabiane Machado Pavani.	Porto Alegre (RS)	O trabalho do Consultório na Rua	Qualitativa-descriptiva e entrevista

O PalhaSUS e a Saúde em Movimento nas Ruas: relato de um encontro	2014	Marcus Vinicius Campos Matraca, Tania Cremonini Araújo-Jorge e Gert Wimmer	Rio de Janeiro (RJ)	Outras Iniciativas	Qualitativa - relato de experiência
Competências para o trabalho nos consultórios na rua	2018	Marcelo Pedra Martins Machado e Elaine Teixeira Rabello	Brasília (DF)	O trabalho do Consultório na Rua	Qualitativa - grupos focais e consulta técnica
Quotidiano de equipes de consultório na rua: tecendo redes para a promoção da saúde	2021	Selma Maria da Fonseca Viegas, Rosane Gonçalves Nitschke, Lucas Andreolli Bernardo, Adriana Dutra Tholl, Maria Aurora Rodriguez Borrego, Pablo Jesús López Soto e Daniela Priscila Oliveira do Vale Tafner	Duas capitais do Sul do Brasil	O trabalho do Consultório na Rua	Qualitativa - estudo de casos múltiplos holístico
Política de redução de danos e o cuidado à pessoa em situação de rua	2020	Lorena Saraiva Viana, Eliany Nazaré Oliveira, Maria Suely Alves Costa, Claudine Carneiro Aguiar, Roberta Magda Martins	Sobral (CE)	Acesso à rede	Qualitativa - pesquisa intervenção

		Moreira e Andriny Albuquerque Cunha			
Vivência em Consultório na Rua do Rio de Janeiro: a situação de rua sob uma nova perspectiva	2016	Bruno Paladini Camargo	Rio de Janeiro (RJ)	O trabalho do Consultório na Rua	Qualitativa - relato de experiência
Consultório na rua: atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas	2015	Helizett Santos de Lima e Eliane Maria Fleury Seid	Goiânia (GO)	O trabalho do Consultório na Rua	Qualitativa - entrevista e análise de conteúdo
Equipes de consultório na rua: relato de experiência de uma enfermeira	2022	Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim, Pedro Fredemir Palha, Jaqueline Garcia de Almeida Ballestero e Simone Teresinha Protti-Zanatta.	São Paulo (SP)	O trabalho do Consultório na Rua	Qualitativa - relato de experiência
A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua:	2019	Elyne Montenegro Engstrom, Alda Lacerda, Pilar Belmonte e Mirna Barros	Rio de Janeiro (RJ)	O trabalho do Consultório na Rua	Qualitativa - estudo de caso

desafios da clínica em defesa da vida		Teixeira			
Funcionamentos de Instituições em cenas de uso de crack: Um Estudo Etnográfico	2019	Erick Araujo	Rio de Janeiro (RJ)	Acesso à rede	Qualitativa - Etnografia
Saúde bucal e consultório na rua: o acesso como questão central da discussão	2018	Lílea Marianne Albuquerque Silva, Ive da Silva Monteiro e Ana Beatriz Vasconcelos Lima de Araújo	Recife (PE)	O trabalho do Consultório na Rua	Qualitativa - Exploratória
O cuidado a Pessoas em Situação de Rua pela Rede de Atenção Psicossocial da Sé	2017	Lívia Bustamante van Wijk e Elisabete Ferreira Mângia	São Paulo (SP)	Acesso à rede	Qualitativa - Etnografia
Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável	2016	Elyne Montenegro Engstrom e Mirna Barros Teixeira	Rio de Janeiro (RJ)	O trabalho do Consultório na Rua	Qualitativa - Estudo de caso

Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua	2015	Carolina Cruz da Silva, Marly Marques da Cruz e Eliane Portes Vargas	Rio de Janeiro (RJ)	O trabalho do Consultório na Rua	Qualitativa - Estudo de caso
Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade	2015	Janaína Alves da Silveira Hallais e Nelson Filice de Barros	Campinas (SP)	O trabalho do Consultório na Rua	Qualitativa - Socioantropológica
Atenção à saúde bucal da população em situação de rua: a percepção de trabalhadores da saúde da região Sul do Brasil	2021	Joaquim Gabriel Andrade Couto, Heloisa Godoi, Mirelle Finkler e Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Três capitais da Região Sul do Brasil: Curitiba, Florianópolis e Porto Alegre	Acesso à rede	Qualitativa - transversal e exploratório
População em situação de rua e Rede de Atenção Psicossocial: na corda bamba do cuidado	2022	Irismar Karla Sarmento de Paiva e Jacileide Guimarães	Natal (RN)	Acesso à rede	Pesquisa de campo, qualitativa descritivo-exploratória.
Coletivo Nós nas Ruas e Programa Corra pro Abraço: ações para o enfrentamento da Covid-19 em Salvador, BA, Brasil	2021	Simone Santana da Silva, Lacita Menezes Skalinski, Trícia Viviane Lima Calmon, Gleide Santos de Araújo e Joilda Silva Nery	Salvador (BA)	Outras Iniciativas	Qualitativa - Relato de experiência

Saberes, territórios e uso de drogas: modos de vida na rua e reinvenção do cuidado.	2022	Lorena Silva Marques, José Hermógenes Moura da Costa, Marla Marcelino Gomes e Martha Malaquias da Silva	Pernambuco	O trabalho do Consultório na Rua	Qualitativa - observação participante
---	------	---	------------	----------------------------------	---------------------------------------

Fonte: próprios autores, 2023

A técnica utilizada na etapa seguinte foi a análise de conteúdo dos artigos selecionados. Para Minayo (2021), uma das funções da análise de conteúdo é a busca por respostas das perguntas formuladas. E, nesse processo, a elaboração de categorias é indicada por compilar os conteúdos, ideias e/ou expressões comuns para serem melhor apresentadas e discutidas.

Assim, foram construídas três categorias principais para empreender as análises, a saber:

Quadro 2. Categorias de análise

CATEGORIA	DESCRIÇÃO
Acesso à rede (AR)	Estudos que discutiram o trabalho em rede contemplando as estratégias dos serviços e os desafios encontrados
O trabalho do Consultório na Rua (TCR)	Estudos que tiveram como lócus exclusivo de campo de pesquisa o Consultório na Rua
Outras Iniciativas (O)	Trabalhos que apresentam outras propostas voltadas para a saúde da PSR

Fonte: próprios autores, 2023

O processo de organização e validação das categorias contou com o auxílio de um terceiro investigador. Após a categorização inicial dos resultados, estes foram apresentados e discutidos entre os demais autores e mais um terceiro investigador, tendo sido por fim, definida

a categorização final do estudo. Na próxima seção, descrevemos como os trabalhos pesquisados se relacionam com essas categorias destacadas, e faremos uma discussão a respeito.

Resultados e Discussão

A análise dos 21 artigos que compuseram o banco de dados deste estudo indicou que as publicações acerca do tema pesquisado se concentram na Região Sudeste, com destaque para o Estado do Rio de Janeiro (06 artigos). A maioria dos estudos é do tipo qualitativo, utilizando-se de técnicas diversas de coleta e exploração dos dados.

A partir da leitura dos artigos foi possível agrupá-los de acordo com as estratégias de atenção à saúde adotadas pelos programas que atendem a População em Situação de Rua no Brasil, conforme apresentado no quadro 2.

- O Acesso à Rede de Saúde

A Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde no Brasil. A RAS é definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” (p.1). Atendendo a esta perspectiva, os serviços de saúde são organizados em dois principais níveis:

1. Atenção Primária em Saúde (APS) que, geralmente, é representada pelas Unidades Básicas de Saúde que oferecem consultas de rotina, exames, práticas integrativas em saúde, oficinas, dentre outras práticas. A APS tem por característica estar próxima das pessoas, prevenindo doenças e promovendo saúde e qualidade de vida, garantindo a atenção integral à saúde nos territórios (Brasil, 2010).

2. Atenção Especializada caracterizada por ações mais complexas e composta pela atenção secundária (média complexidade) e terciária (alta complexidade). Na média complexidade estão presentes serviços especializados como ambulatórios, hospitais, Unidades de Pronto Atendimento e policlínicas. Na alta complexidade temos hospitais de grandes portes, que possuem tecnologia de ponta e desenvolvem pesquisas (Brasil, 2010).

Nesta categoria, reuniu-se os trabalhos que tiveram como enfoque: o acesso da PSR à rede de atenção; as barreiras e desafios que se apresentam nesse acesso; e a articulação entre os serviços de saúde e entre as políticas públicas voltadas para essa população. No que tange o

acesso à rede de atenção à saúde, a maioria dos estudos analisados destacou a Atenção Primária, principalmente porque esta é apontada como a porta de entrada da PSR aos serviços de saúde, através, sobretudo, dos Consultórios na Rua.

Paiva e Guimarães (2022) avaliaram vários serviços ofertados pela RAPS para a PSR: Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), equipes de CnaR, centro de convivência e uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF); Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD) tipo II e tipo III, CAPS tipo III; Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA) e Unidade de Atenção Psicossocial localizada em um Hospital Geral. Assim como outros autores (Rossi & Tucci, 2020; Araújo, 2019; Viana et al., 2020), Paiva e Guimarães (2022) destacaram o uso abusivo de drogas por parte da PSR, evidenciando que anteriormente à “suposta epidemia de crack” esta população seguia invisível no âmbito da RAPS. No entanto, como desdobramento dessa epidemia, as autoras alegam que a criação de projetos e políticas voltadas para a PSR foi mais uma estratégia de controle e estigmatização do que propriamente uma estratégia de saúde. Na desassistência e ausência de políticas públicas, a PSR busca apoio social com entidades e pessoas ligadas a organizações não governamentais, comunidades e coletivos religiosos, que na maioria das vezes têm um caráter caritativo, o que obscurece o direito à saúde. A pesquisa denuncia ainda a desarticulação da RAPS, “que ao invés de ser integrada, tem linhas desconectas (sic) e pontos isolados formados por serviços que mal se conhecem e fluxos mal definidos” (Paiva & Guimarães, 2022, p. 13). Estas autoras denunciam um sistema que ainda está ancorado na psiquiatria e na lógica manicomial, haja vista o fortalecimento e ampliação de serviços como as Comunidades Terapêuticas, além do cuidado ainda se centrar nos hospitais psiquiátricos. A associação da doença mental a um desvio de moralidade e periculosidade social, marcam a população com o rótulo de “viciado” e “drogado” indo na contramão da lógica da Redução de Danos.

Torna-se constante nesta situação a presença da polícia como uma forma de higienização destes espaços públicos, na tentativa de tornar essa população invisível. Araújo (2019) estudou a relação entre a polícia e a assistência social. Para este autor, esta relação se retroalimenta com o estabelecimento e manutenção de estigmas em relação à PSR, justificando, portanto, a violência exercida por parte da polícia. Por outro lado, situa as equipes de CnaR como integrante de uma rede de serviços e circunscrições administrativas. No entanto, apresentam um caráter solidário e humanizado, conseguindo realmente exercer a função de

constituir vínculos e pontes entre a PSR e as demais instituições de maneira menos estigmatizada e violenta.

Compartilhando desta perspectiva, Viana et al. (2020) investigaram o processo de trabalho em saúde através de uma proposta pesquisa-intervenção sobre as práticas de redução de danos no CENTRO POP e CAPSAD em um município do Ceará. As pesquisadoras concluíram que o atendimento da PSR envolve um complexo cuidado que requer o afastamento das ideias estigmatizadas em relação a esta população. Além disso, reforçaram a articulação destes espaços com a atenção primária à saúde, considerada porta de entrada para o atendimento mais focado nas demandas da situação de rua. Esta constatação foi feita pela maioria dos estudos analisados neste estudo (Paiva & Guimarães, 2022; Rossi & Tucci, 2020; Araújo, 2019; Viana et al., 2020; Wijk & Mângia, 2017).

Para Rossi e Tucci (2020) a Rede de atenção primária à saúde não está preparada para atender a PSR uma vez que a grande maioria dos serviços ofertam abordagens terapêuticas pautadas na abstinência total, com exceção dos CAPSad (específico para atendimento de usuários de substâncias psicoativas) que funciona na perspectiva antiproibicionista da redução de danos. As autoras ainda concluíram que as Comunidades Terapêuticas foram os mais acessados para o cuidado com a PSR ao fazerem uso de drogas, no entanto, a metodologia de funcionamento desses serviços é religiosa, proibicionista e marcada pela ausência de tratamento técnico adequado.

O estudo de Lira et al. (2019) foi desenvolvido em dois níveis da Rede de Atenção à Saúde (saúde da família, unidades de pronto-atendimento e de hospital geral de urgência e emergência). Seus resultados apontaram os empecilhos no atendimento à PSR nos serviços de urgência e emergência devido à exigência de documento de identificação, endereço fixo e cartão do SUS. Outro destaque importante ao atendimento à PSR foram a baixa quantidade de profissionais e a desvalorização social que os profissionais dão a esta população, criando inclusive dificuldades na formação do vínculo.

Como resposta a estas dificuldades e barreiras no acesso aos serviços de saúde, autores indicam o CAPSad e Consultório na Rua como serviços de extrema importância para o acesso a PSR e o seu cuidado, uma vez que a metodologia da redução de danos que tem caráter antiproibicionista e contribui para o estímulo da autonomia dos sujeitos (Paiva & Guimarães, 2022; Wijk & Mângia, 2017; Couto et al., 2021). Especificamente, O CnaR aparece em destaque na maioria dos artigos analisados, uma vez que é apontado que este funciona como

porta de entrada para essa população específica, muitas vezes sendo o único serviço que a PSR efetivamente tem acesso, servindo como ponte para acessar outros serviços da rede. Couto, Godoi e Melo (2021) ampliaram a discussão sobre CnaR atentando para a importância do profissional da saúde bucal nestes espaços, uma vez que a saúde bucal aparece entre os problemas de saúde clínicos mais comuns dessa população, e também é um serviço requisitado com frequência.

Paiva e Guimarães (2022) concluíram que o trabalho do CnaR compreende a construção de vínculos, a escuta qualificada, a relação dialógica, a intersetorialidade, o trabalho interdisciplinar e o compartilhamento do cuidado. Apesar da potência do CnaR, há ainda muitos desafios como falta de insumos materiais; grande esforço dos profissionais para responder às demandas dos usuários; ausência de uma sala própria para a equipe CnaR; dificuldades do trabalho intersetorial e de acesso da PSR aos demais serviços da RAPS; além da fragilidade do vínculo trabalhista mediante a ausência de concursos e plano de carreira para a área.

Para Wijk e Mângia (2017), os atendimentos realizados pela eCnaR podem ser considerados intersetoriais, e as relações desenvolvidas na sua atuação são humanizadas e contribuem para ações pautadas no afeto, especialmente importante por lidarem com uma população vulnerável e estigmatizada.

- O trabalho do Consultório na Rua

Com a força do Movimento da População de Rua e a fim de legitimar o princípio da equidade, foi publicada em 2011 a Portaria nº 122 que institui as equipes de Consultório na Rua (eCnaR). Vinculadas à Rede de Atenção Psicossocial (Atenção Primária à Saúde), as eCnaR são compostas por multiprofissionais que lidam com as mais diversas demandas e necessidades da população em situação de rua. O seu diferencial é o trabalho *in loco*, nas ruas e possuem o desafio de promover cuidados e ações de saúde onde essas pessoas se encontram. Além disso, torna-se essencial o trabalho de articular toda a rede de saúde - Unidade Básica de Saúde, Unidade de Pronto Atendimento, Centro de Atenção Psicossocial, dentre outros serviços - para um atendimento integral a essas pessoas. O trabalho intersetorial também é comum, devido à complexidade do fenômeno, sendo necessário desenvolver planos em conjunto com a rede socioassistencial (Brasil, 2011).

A maioria dos estudos analisados nesta pesquisa destacam e referenciam às diversas experiências dos CnaRs espalhados pelo Brasil, tanto por sua importância em promover

acessibilidade da PSR aos demais serviços, se situando muitas vezes como porta de entrada da rede de atenção, quanto pelo trabalho exitoso e resolutivo que realizam nos espaços da rua, promovendo equidade e garantindo o direito à saúde. Nessa categoria, foram incluídos artigos que descrevem o trabalho do CnaR, utilizando-o como *lócus* exclusivo da pesquisa.

No que tange o funcionamento dos Consultórios na Rua, alguns dos presentes estudos (Alecrim et al., 2022; Silva et al., 2015; Viegas et al., 2021; Engstrom & Teixeira, 2016; Engstrom et al., 2019; Friedrich et al., 2019; Machado & Rabello, 2019; Marques et al., 2022; Camargo, 2016) destacam principalmente o conhecimento do território e o trabalho itinerante, a promoção da acessibilidade da PSR aos serviços de saúde, seja pela própria equipe do CnaR ou quando garante o atendimento das necessidades de saúde (mas também concernentes à assistência social e jurídica) em outros dispositivos, o que por sua vez ressaltam o trabalho interdisciplinar e em rede, além do desenvolvimento de ações que estejam baseadas na promoção da saúde e da equidade, e na continuidade do cuidado integral. Alecrim et al. (2022) apontam que o conhecimento do território figura como primordial no desenvolvimento das ações do CnaR, pois contribui para organizar os processos de trabalho e a vigilância em saúde. As autoras ressaltam a especial importância do território para a PSR.

“Na rua, o território é dinâmico e independe dos limites geográficos. Ele acontece diuturnamente nos locais de passagem, nos pontos de fixação, nas diversas formas de subsistências, nos encontros e desencontros. Assim, é essencial considerar a relação que o indivíduo estabelece com esse espaço territorial, compreendendo que diante das dificuldades, fragilidades e riscos de cada território, faz-se imprescindível conhecer também suas potencialidades e seus recursos.” (Alecrim et al., 2022, p. 03)

Alecrim et al. (2022) e Viegas et al. (2021) recomendam ainda que é preciso pensar em intervenções em rede e intersetorial nos setores sociais, políticos e técnicos do processo saúde-doença. Dessa forma, promover saúde está relacionado às condições de vida, trabalho, educação, alimentação, moradia, segurança, sono/repouso, lazer, dentre outros, tendo em vista que muitas vezes os aspectos sociais se sobrepõem às demandas assistenciais. Nessa direção, muitas equipes investem em ações culturais e de lazer, tais como: cinema, brinquedoteca, oficina de desenho, visitas a pontos turísticos e oficina de malabares (Alecrim et al., 2022).

O trabalho na rua, portanto, deve considerar os desafios do imprevisível e contar com a flexibilidade e criatividade da equipe já que não é possível prever ou organizar de uma forma rígida a rotina de trabalho. Além disso, as equipes dos CnaR lidam também com a dupla estigmatização que a população em situação de rua que faz uso de drogas sofre, tanto dos

serviços de saúde como da sociedade em geral. Sobre isso, os trabalhos de Machado e Rabello (2019), Marques et al. (2022), Camargo (2016) e Lima e Seidl (2015) evidenciam o trabalho em Redução de Danos, que se baseia no cuidado em liberdade, no protagonismo do usuário na relação de cuidado, e no respeito às escolhas dos sujeitos.

Nessa direção, Marques et al (2022) apontam que o Consultório na Rua precisa: 1. lidar com a imprevisibilidade do serviço; 2. considerar a cultura e conhecimento dos locais de cuidado; 3. delineamento de problemáticas e objetivos concretos, que dialoguem com diferentes realidades e sujeitos; 4. de uma abordagem participativa que garanta o protagonismo dos sujeitos e 5. da compreensão da unicidade da relação entre o sujeito e suas práticas de uso.

Embora o CnaR cumpra um importante papel sendo porta de entrada da rede e na garantia do cuidado à PSR além das diversas potencialidades na oferta desse serviço, alguns autores (Engstrom & Teixeira, 2016; Engstrom et al., 2019; Friedrich et al., 2019; Lima e Seidl, 2015; Silva et al., 2018) apontam limites e dificuldades no desenvolvimento do trabalho. Friedrich et al. (2019) identificaram as seguintes barreiras no cuidado em saúde: estigmas, rede de serviços fragmentada, burocracia dos processos de cuidado e falta de recursos/serviços de saúde mental. Apesar de reconhecer o CnaR como uma estratégia inovadora, eficiente no cuidado e na inserção da PSR nos demais serviços, ela se torna insuficiente frente a uma rede ainda compartimentalizada, com processos rígidos e burocráticos. Lima e Seidl (2015) destacam ainda como dificuldades para o desenvolvimento dos atendimentos no CnaR: preconceito, falta de insumos e atuação agressiva da força policial.

Silva et al. (2018) ao investigar o cuidado com a saúde bucal da PSR, evidencia a estigmatização da PSR como “usuários de drogas, revoltados, fugitivos, entre outros” e a falta de preparo dos profissionais de saúde no atendimento à PSR. Esses estereótipos contribuem como empecilhos para a busca e não adesão da PSR ao tratamento. Os CnaRs enfrentam, assim, dificuldades no atendimento de procedimentos odontológicos já que não possuem um profissional especialista nas equipes, tampouco os serviços de referência estão disponíveis para atender essas demandas. As autoras compreendem que as equipes do CnaR devem estar atentas na identificação das demandas de saúde bucal já que são elas que lidam diariamente com essa população. Nesse estudo, constata-se uma fragilidade de conhecimento da equipe nessa temática, o que pode comprometer tentativas de construção de fluxos para atendimento odontológico à PSR. As autoras (Silva et al., 2018) recomendam que as equipes devem passar por atividades de educação permanente.

Por fim, faz-se necessário ressaltar o desenvolvimento de tecnologias de cuidado pelas equipes do CnaR que se tornam diferenciais e definem o trabalho com a PSR. Alecrim et al. (2022); Silva et al. (2018); Machado e Rabello (2019); Camargo (2016); Lima e Seidl (2015) e Hallais e Barros (2015) identificaram que as equipes do CnaR lançam mão do material mais básico, porém escasso nos serviços de saúde de modo geral: o material humano. De acordo com os autores (Alecrim et al., 2022; Silva et al., 2015; Machado & Rabello, 2019; Camargo, 2016; Lima e Seidl, 2015; Hallais & Barros, 2015) os profissionais do CnaR possuem uma escuta empática e acolhimento diferenciados, constroem vínculos e relações horizontais de cuidado, compreendem os casos a partir da singularidade de cada sujeito e se esforçam para incluir sem estigmatizar e revitimizar os usuários. Essa é a maior marca do CnaR que permite que a PSR se sinta acolhida em suas reais necessidades, o que muitas vezes se relaciona com o “ser vista e humanizada” produzindo em última instância o exercício da cidadania. Hallais e Barros (2015) constataram, por exemplo, que a escuta é utilizada no CnaR como um instrumento político na medida em que aproxima as pessoas em condição de igualdade, rompendo com o saber-poder colonizador presente constantemente nas relações de cuidado nos serviços de saúde.

- Outras Iniciativas

Em que pese a dificuldade de acesso e acolhimento da população em situação de rua na RAPS já discutida anteriormente, algumas estratégias inovadoras foram descritas em dois artigos analisados (Matraca et al., 2014 e Silva et al., 2021). O PalhaSUS foi um projeto criado durante um projeto de doutorado da FIOCRUZ se baseando na educação popular em saúde com o objetivo de aproximar as equipes de Saúde da Família e a população (Matraca et al., 2014). Para os autores, esta experiência denota uma real necessidade de reflexão acerca da incorporação da educação popular e das artes nas políticas públicas de saúde voltadas para a PSR.

Outras ações apresentadas por Silva et al. (2021) foram o Coletivo Nós nas Ruas e o Programa Corra pro Abraço. Este último já existe desde 2013 em Salvador, baseado na estratégia de redução de danos, tem como objetivo a promoção da cidadania da PSR que faz uso de drogas. Já o Coletivo Nós nas Ruas foi criado em 2020 como estratégia para o enfrentamento da COVID-19 da população em situação de rua em Salvador. Foi elaborado um Plano de Contingenciamento da Pandemia do Coronavírus (Covid-19) para a População em

Situação de Rua, com intuito de ultrapassar as recomendações gerais para investir ações individualizadas para a cultura e com as precárias condições de vida desta população. Como conclusão, os autores (Silva et al., 2021) defendem a necessidade de articulação intersetorial entre atores sociais e trabalhadores da saúde de diferentes áreas que atuam com a PSR, especialmente as equipes de saúde e assistência social.

Considerações Finais

Os trabalhos analisados nesta revisão sistemática de literatura apresentaram, em sua maioria, descrições dos serviços de saúde oferecidos à PSR. As discussões giravam em torno do uso de drogas, apontando a estratégia de redução de danos como viável para trabalhar com esta população. Além disso, muitos relataram as consequências da estigmatização desta população, gerando barreiras tanto para o acesso dos pacientes aos serviços de saúde quanto para um atendimento humanizado dos profissionais que atuam nestes espaços.

Uma importante estratégia alternativa às barreiras e limitações no acesso da PSR na RAPS apontada por muitos artigos é o Consultório na Rua. Este vem se configurando como um articulador importante entre os serviços de atenção primária à saúde e a população. Por meio da redução de danos, a equipe de Consultório na Rua vem construindo vínculos, desmistificando estigmas e contribuindo para a autonomia desta população vulnerabilizada. Poucos estudos evidenciaram a efetividade de projetos e programas intersetoriais. Conclui-se, portanto, que é necessário se pensar em uma mudança no cenário atual com a necessidade de contribuição intersetorial que abarque estratégias culturais, educacionais, sociais e de saúde, propondo uma prática em saúde adequada e integral à PSR.

Referências

- Alecrim, T. F. de A., Palha, P. F., Ballesterio, J. G. de A., & Protti-Zanatta, S. T. (2022). Advisory teams on the streets: A nurse's experience report. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 56, e20220026. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0026en>.
- Araújo, E. (2019). Funcionamentos de instituições em cenas de uso de crack: um estudo etnográfico. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(2). <https://www.scielo.br/j/tes/a/BKQWPL3Gd4ndyWKHZk4sKBn/?lang=pt>
- Brasil. (2009). Decreto n. 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
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *Portaria 4.279*.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
- Brasil. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. (2011).
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html
- Calmon, T. V. L. (2020). As condições objetivas para o enfrentamento ao COVID-19: abismo social brasileiro, o racismo, e as perspectivas de desenvolvimento social como determinantes. *Revista NAU Social*, 11(20), 131–136.
<https://doi.org/10.9771/ns.v11i20.36543>
- Camargo, B. P. (2016). Vivência em Consultório na Rua do Rio de Janeiro: a situação de rua sob uma nova perspectiva. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 11(38), 1-3. [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1269](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1269)
- Couto, J. G. A., Godoi, H., Finkler, M., & Mello, A. L. S. F. de (2021). Atenção à saúde bucal da população em situação de rua: a percepção de trabalhadores da saúde da região Sul do Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva*, 29(4), 518–527. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129040223>
- Engstrom, E. M., & Teixeira, M. B. (2016). Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6), 1839-1848.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.0782016>
- Engstrom, E. M., Lacerda, A., Belmonte, P., & Teixeira, M. B. (2019). A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. *Saúde em Debate*, 43(spe7), 50-61. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S704>
- Friedrich, M. A., Wetzell, C., Camatta, M. W., Olschowsky, A., Schneider, J. F., Pinho, L. B., & Pavani, F. M. (2019). Barreiras de acesso à saúde pelos usuários de drogas do consultório na rua. *J. Nurs. Health*, 9(2), 1-15.
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1047261/1.pdf>
- Galvão, T. F., Andrade, T. S., & Harrad, D. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia E Serviços de Saúde*, 24(2), 335–342. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742015000200017>
- Genonádio, A., Tedesqui, N. S. B., & Aires, S. (2021). COVID-19 e a população em situação de rua: práticas e cuidados desenvolvidos em Salvador - Ba. In Lima, M., Coutinho, D., Bustamante, V., Aires, S. & Patiño, R. Pensar junto/ fazer com (pp. 425-439). Edufba. <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/35225>
- Hallais, J. A. S., & Barros, N. F. (2015). Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(7), 1497–1504.
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00143114>
- Instituto de Pesquisa Aplicada. (2020). Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro 2012 a março de 2020). *Diretoria de Estudos de Políticas Sociais*, 73,7-13. https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10074/1/NT_73_Disoc_Estimativa%20da%20populacao%20em%20situacao%20de%20rua%20no%20Brasil.pdf
- Lima, H. S., & Seidl, E. M. F. (2015). Consultório na Rua: Atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas. *Psicologia em Estudo*, 20(1), 57-69.
https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/24697/pdf_10

- Lira, C. D. G., Justino, J. M. R., Paiva, I. K. S., Miranda, M. G. O., & Saraiva, A. K. M. (2019). O acesso da população em situação de rua é um direito negado? *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, 23, e1157. <https://revenf.bvs.br/pdf/reme/v23/1415-2762-reme-23-e1157.pdf>
- Machado, M. P. M., & Rabello, E. T. (2019). Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28(4), 1-24. <https://www.scielo.org/article/physis/2018.v28n4/e280413/>
- Marques, L. S., Costa, J. H. M., Gomes, M. M., & Silva, M. M. da. (2022). Saberes, territórios e uso de drogas: modos de vida na rua e reinvenção do cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(1), 123–132. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19542021>
- Matraca, M. V. C., Araújo-Jorge, T. C., & Wimmer, G. (2014). O PalhaSUS e a Saúde em Movimento nas Ruas: relato de um encontro. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(2), 1529-1536. <https://www.scielo.br/j/icse/a/3YfqGzqBvrkYJGgZgsT89qC/?lang=pt>
- Minayo, M. C. S. (2021). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade* (18a ed.). Vozes.
- Paiva, I. K. S. de., & Guimarães, J. (2022). População em situação de rua e Rede de Atenção Psicossocial: na corda bamba do cuidado. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 32(4), e320408. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320408>
- Paixão, D. S. da, Rocha, R. V. de S., & Rodrigues, I. L. S. (2021). A psicologia da libertação e o aquilombamento da população em situação de rua em Salvador/BA: reflexões através do Programa Corra Pro Abraço. *Boletim De Conjuntura (BOCA)*, 5(14), 09–20. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4506472>.
- Rossi, C. C. S., & Tucci, A. M. (2020). Acesso ao Tratamento para dependentes de crack em situação de rua. *Psicologia & Sociedade*, 32, 1-18. <https://www.scielo.br/j/psoc/a/4fHRYdcTqyGSFFwnXcYwyDj/?lang=pt>
- Silva, C. C. da, Cruz, M. M. da, & Vargas, E. P. (2015). Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. *Saúde Em Debate*, 39(spe), 246–56. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005270>
- Silva, L. M. A., Monteiro, I. S., & Araújo, A. B. V. L. (2018). Saúde bucal e consultório na rua: o acesso como questão central da discussão. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 26(3), 285–291. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201800030130>
- Silva, S. S. da, Skalinski, L. M., Calmon, T. V. L., Araújo, G. S. de, & Nery, J. S. (2021). Coletivo Nós nas Ruas e Programa Corra pro Abraço: ações para o enfrentamento da Covid-19 em Salvador, BA, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 25(suppl 1), e200690. <https://doi.org/10.1590/interface.200690>
- Souza, T. P., & Macerata, I. (2015). A Clínica nos Consultórios na Rua: Territórios, Coletivos e Transversalidades. *Ayvu: Revista de Psicologia*, 01(02), 03-23. <https://periodicos.uff.br/ayvu/article/view/22177/13076>
- Viana, L. S., Oliveira, E. N., Costa, M. S., Aguiar, C. C., Moreira, R. M., & Cunha, A. A. (2020). Política de redução de danos e o cuidado à pessoa em situação de rua. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*, 16(2), 57-65. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.156142>
- Viegas, S. M. da F., Nitschke, R. G., Bernardo, L. A., Tholl, A. D., Borrego, M. A. R., & Soto, P. J. L. (2021). Quotidiano de equipes de consultório na rua: tecendo redes para a promoção da saúde. *Escola Anna Nery*, 25(3), e20200222. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0222>

Wijk, L. B., & Mângia, E. F. (2017). O cuidado a Pessoas em Situação de Rua pela Rede de Atenção Psicossocial da Sé. *Saúde Em Debate*, 41(115). <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711505>

Artigo II

“Por onde você anda na cidade?”: A psicologia nas ruas de Salvador (BA)

Abstract

In Brazil, psychology, as a field of professional activity, will celebrate its 62nd anniversary in 2024. For many years, psychology degree was based on a clinical model of individual care, which imports theories and methods from abroad and disregards the historical, cultural, political and social context of Brazil. The expansion of the areas of activity of the profession is directly related to the process of redemocratization of Brazil and the consolidation of public policies, such as the Sistema Único de Saúde (Unified Health System) and the Sistema Único de Assistência Social (Unified Social Assistance System). This research aims to characterize the health services in which psychologists serve the homeless population in Salvador (BA) and to analyze the technologies used by them in their work with this population. For this, a qualitative exploratory methodology was used. The methodological path consisted of two stages: the first consisted of a literature review for convenience and the second consisted of conducting semi-structured interviews with 6 psychologists who work in the Ponto de Cidadania and Consultório na Rua. Although previous studies indicate that there may be a professional identity crisis among psychologists when working in services that serve homelessness population, this was not the reality found in the present study.

Keywords: Psychology, homeless population, professional performance

Resumo

No Brasil, a psicologia, enquanto campo de atuação profissional, celebra 62 anos em 2024. Por muitos anos, a formação em psicologia esteve alicerçada em um modelo clínico de atendimento individual, que importa teorias e métodos do exterior e que desconsidera o contexto histórico, cultural, político e social do Brasil. A ampliação das áreas de atuação da profissão está diretamente relacionada ao processo de redemocratização do Brasil e à consolidação de políticas públicas, como o Sistema Único de Saúde e o Sistema Único de Assistência Social. Esta pesquisa tem como objetivo caracterizar os serviços de saúde nos quais as psicólogas atendem a população em situação de rua (PSR) em Salvador (BA) e analisar as tecnologias utilizadas por elas no seu *quefazer* junto a esta população. Para isso, utilizou-se metodologia qualitativa do tipo exploratória. O percurso metodológico foi composto por duas etapas: a primeira consistiu em uma revisão de literatura por conveniência e a segunda na realização de entrevistas semi-estruturadas, com seis psicólogas que atuam nos serviços do Ponto de Cidadania e Consultório na Rua. Ainda que estudos anteriores apontem que pode haver uma

crise de identidade profissional das psicólogas ao atuarem em serviços que atendem PSR, essa não foi a realidade encontrada no presente estudo.

Palavras-Chave: Psicologia, população em situação de rua, atuação

Introdução

No Brasil, a psicologia, enquanto campo de atuação profissional, celebra 62 anos em 2024. A regulamentação da profissão aconteceu em 27 de agosto de 1962. Entretanto, como aponta Furtado (2012), a história da psicologia brasileira não começa na data da promulgação da lei, ela se configura a partir de um processo lento e gradual em interface às exigências sociais, encontro e disputa de novos e velhos saberes, descobertas e oportunidades. É pertinente e necessário entender que a psicologia brasileira foi forjada em uma confluência de culturas (indígena, branca, negra), assim como envolta pelos processos de violência e dominação que aqui ocorreram (Furtado, 2012).

Dois anos após a regulamentação da profissão, o Brasil sofreu um golpe de estado. No período da ditadura militar houve o retraimento das garantias estatais, diminuição das políticas públicas e incentivo a iniciativas privadas. Esse cenário contribuiu para a elitização da profissão (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2022). Ao longo dos anos, a psicologia foi ocupando um lugar social de importância e se diversificando cada vez mais. Em 1971, foi criado o Conselho Federal favorecendo a organização social da profissão e contribuindo para orientar a prática profissional no mercado de trabalho. As áreas tradicionais de atuação da psicologia são a clínica, a educacional e a industrial (Gondim et al, 2010). Tais áreas continuaram existindo e sendo aperfeiçoadas, ao passo que transformações no país fizeram com que a psicologia fosse convocada a atuar em outros espaços.

Na década de 1970 mudanças econômicas e políticas impactaram também no cenário da profissão. Por um lado, o governo de Juscelino Kubitschek, marcado pelo milagre econômico contribuiu para a ampliação das áreas comercial e industrial promovendo a ocupação da psicologia em espaços da área organizacional (gestão de pessoas, recrutamento e seleção, avaliação de desempenho, etc). Por outro, o surgimento dos movimentos populares pela redemocratização do país começaram a enfraquecer o sistema ditatorial e influenciaram

um movimento de mudança na psicologia. Apontam no cenário nacional Silvia Lane e Maria do Carmo Guedes, com a proposta de uma psicologia voltada para realidade brasileira e comprometida socialmente (Conselho Federal de Psicologia, 2022).

Desse modo, é notável que a ampliação da psicologia para além do modelo instaurado na ditadura militar está diretamente relacionado ao processo de redemocratização do Brasil e à consolidação de políticas públicas, como o Sistema Único de Saúde (em 1990) e, em 1993, o Sistema Único de Assistência Social (Furtado, 2012; Conselho Federal de Psicologia, 2022).

Apesar desses avanços, algumas preocupações precisam ser elencadas. Por muitos anos, a formação em psicologia esteve (e ainda está) alicerçada em um modelo clínico de atendimento individual, que importa teorias e métodos do exterior e que desconsidera o contexto histórico, cultural, político e social do Brasil (Gondim et al., 2010).

Dimenstein (2000) afirma que os cursos de psicologia têm favorecido uma formação que se diz neutra, mas que, na verdade, promove a ideologia dominante. Essa formação se ampliou comprometida com o capitalismo, criando um ideal de sujeito baseado em suas próprias concepções. Um sujeito desconectado do seu contexto sócio-histórico, que é diferente do encontrado nas instituições públicas.

Spink (2006) afirma que esse processo formativo brasileiro afasta profissionais de temáticas da saúde coletiva e da prática no SUS, promovendo uma limitação na atuação, já que não foram preparados para lidar com as pessoas que acessam a rede pública de saúde.

Diante dessas questões, foi criado, em 2006, o Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) que possui como objetivo expandir a atuação profissional da psicóloga no campo das políticas públicas. Para tal, nesse Centro, diversas pesquisas têm sido desenvolvidas de modo a contribuir para a construção de orientações técnicas no que concerne a essas práticas nesse campo (Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais [CRP-MG], 2015). O CREPOP tem cumprido um importante papel formativo e ético-político, entretanto, não é suficiente para compensar a identidade profissional da psicologia que foi construída ao longo das décadas.

O censo organizado pelo Conselho Federal de Psicologia, em 2022, demonstrou que ao longo dos anos a profissão se diversificou e complexificou. Considerando mais de 10 áreas de atuação, a partir dos dados compilados com psicólogas de todo o Brasil, a área mais difundida é a clínica (73,1%), seguida da social (20,1%) e saúde (19%). Bastos et al. (2022)

reafirmam que o aumento de profissionais na área social e da saúde foram fomentados pelo SUS e SUAS.

Nesta vasta gama de possibilidades de atuação está a possibilidade de atender a população em situação de rua (PSR). E quem é essa população? São pessoas em situação de vulnerabilidade, invisibilizadas e criminalizadas que encontram nas ruas espaços de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente (Cunha & Rodrigues, 2009). Cabe ressaltar que é um grupo heterogêneo. Cada pessoa que está nas ruas tem a sua própria história e as condições de vulnerabilidade a que estão submetidas não devem ser tidas como o oposto da produção de vida. Na rua também há amor, respeito, esperança, companheirismo, potencialidades e possibilidades de atuação (Alves et al., 2021).

O cenário atual da população em situação de rua no Brasil é fruto de um processo de exclusão social e histórico que remonta os tempos da escravização. Todas as políticas públicas conquistadas até aqui são uma vitória coletiva, com destaque para a Política Nacional para a Inclusão da População em Situação de Rua, entretanto ainda existem muitos obstáculos na sua implementação (Paixão et al., 2021). No que concerne ao âmbito da saúde, a Política Nacional (Cunha & Rodrigues, 2009) destaca a importância do aperfeiçoamento nas técnicas de abordagem e atendimento, para que seja possível a redução dos danos causados pela realidade nas ruas (Rocha & Oliveira, 2020).

A situação de vulnerabilidade social a que essas pessoas estão submetidas impacta no processo saúde-doença. As condições socioeconômicas e sanitárias as deixam mais suscetíveis a danos na saúde, sendo importante destacar também os riscos à saúde mental (Carvalho et al., 2021; Rocha & Oliveira, 2021). Além disso, o acesso dessa população aos serviços de saúde é marcado por uma série de bloqueios formais e informais que refletem o racismo institucional destes locais.

Na tentativa de reversão dessa desassistência e buscando a ampliação do atendimento às pessoas em situação de rua surgem abordagens de atendimento à saúde no território, com incentivo a intersetorialidade, tendo a redução de danos como tecnologia (Vale & Vechia, 2019), sendo uma delas a mais exitosa e difundida nacionalmente: o Consultório na Rua (CnaR).

O marco teórico desta pesquisa é composto pelas ideias de Martín-Baró e a sua Psicologia da Libertação (1993, 2000). O autor aponta que independente da área de atuação, o *quefazer* psicológico deverá atender as necessidades populacionais locais, compreendendo

a dialética sujeito/sociedade e sem importar modelos “prontos” de atuação que são factíveis em outros contextos sociais.

Compõe também o marco teórico, as ideias de Emerson Merhy sobre Tecnologias do Cuidado em Saúde. Já Merhy (2002) apresenta que as tecnologias do cuidado podem ser leves, leves-dura e duras, sendo estes conceitos apresentados ao decorrer deste trabalho.

O estudo apresentado a seguir foi desenvolvido em Salvador, a capital da Bahia, conhecida como a cidade mais negra fora do continente africano. Uma das grandes capitais brasileiras, com mais de 2 milhões de habitantes de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2024) que é marcada pela gritante desigualdade social e que pode ser vista de maneira explícita em suas ruas.

O censo da população em situação de rua desta cidade foi realizado em 2023, organizado pela Secretaria de Promoção Social, Combate à Pobreza, Esportes e Lazer (SEMPRE) juntamente com o Projeto Axé. Os resultados do censo em questão apontam que atualmente existem 5.130 pessoas em situação de rua na cidade, sendo que 93% dessas pessoas se autodeclararam negras (pretas e pardas). No que se refere aos aspectos de saúde, 38,02% relatou uso abusivo de álcool e/ou outras drogas e 17,14% algum tipo de adoecimento mental.

Sobre o acesso a serviços/ações de saúde investigados pela pesquisa, a vacinação foi a mais citada (76,74%); 24,10% dos entrevistados relataram algum tipo de atendimento psicológico/psiquiátrico, entretanto 5% das pessoas entrevistadas afirmaram que não acessaram nenhum tipo de serviço/ação investigado no estudo.

Nessa perspectiva, é importante analisar como as ações da psicologia estão sendo organizadas para o trabalho com a população em situação de rua, uma vez que possui papel fundamental na promoção de saúde e qualidade de vida.

Esse trabalho integra a pesquisa de mestrado da autora que possui como problema de pesquisa a seguinte pergunta: “Como as psicólogas ofertam cuidado no atendimento à saúde da população em situação de rua em Salvador – BA?”. Durante este artigo dois objetivos serão contemplados: 1) caracterizar os serviços de saúde nos quais as psicólogas atendem a população em situação de rua em Salvador (BA) e 2) analisar as tecnologias utilizadas pelas psicólogas no seu *quefazer* junto a população em situação de rua.

Metodologia

- Etapas da pesquisa

O presente estudo utilizou metodologia qualitativa do tipo exploratória que, segundo Minayo (2002), é a ideal para compreensão de uma realidade que não pode ser quantificada. A partir dela é possível acessar crenças, motivações, aspirações, valores e atitudes das pessoas entrevistadas.

Foi realizada uma pesquisa empírica, onde ocorreram entrevistas semi-estruturadas, a partir de um roteiro que abordava questões sobre a formação profissional, atividades desenvolvidas, potencialidades e desafios do *quefazer* nas ruas. As participantes da pesquisa foram seis psicólogas que atuam nos serviços citados: duas de diferentes unidades do Ponto de Cidadania e quatro de diferentes equipes de Consultório na Rua.

A escolha das participantes também se deu por conveniência, com o método Bola de Neve, onde cada participante forneceu outras indicações. Os critérios de inclusão foram: exercer a função de psicóloga, trabalhar em um dos serviços supracitados e ter experiência mínima de seis meses no trabalho com PSR. O contato com as profissionais aconteceu inicialmente por telefone e, posteriormente, por meio de encontro presencial individual em Salvador. As localidades dos encontros foram diversas, dependendo da disponibilidade das entrevistadas, seu conforto e privacidade, a saber: em cafeterias, casa, na universidade, praça de alimentação e local de trabalho. As entrevistas duraram em média 50 minutos.

O projeto da pesquisa foi enviado para a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador que emitiu o termo de anuência institucional em novembro de 2022. Em seguida, foi apreciado pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, sendo aprovado sob o número do parecer 5.827.529. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e permitiram que as entrevistas fossem gravadas através de um aparelho celular.

Para análise qualitativa o material foi transcrito, sistematizado e lido exhaustivamente. Utilizou-se como método a Análise do Discurso (AD). Segundo Minayo (2014), na AD “o texto é considerado como uma unidade significativa, pragmática e portadora do contexto situacional dos falantes” (p.320). Assim, a fala – que é o texto analisado neste estudo - está carregada de influências ideológicas, contextuais e culturais. Acredita-se que é possível captar, através da análise, o sentido explícito e não explícito presente no discurso (Macedo et al., 2008). A partir da leitura das transcrições das entrevistas, análise cuidadosa destas,

unidades de sentido emergiram das falas e foram agrupadas nas três categorias que serão apresentadas nos resultados.

- O Consultório na Rua e o Ponto de Cidadania - onde as psicólogas realizam seu trabalho

O Consultório na Rua (CnaR) integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito da Atenção Básica em Saúde. Foi criado em 2011 pelo Ministério da Saúde, dada a ciência da violação de direitos e barreiras no acesso à saúde que a PSR enfrenta. São equipes multiprofissionais que podem ser compostas por psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal. As equipes têm o objetivo de lidar com as mais diferentes questões da PSR, sendo as atividades realizadas de forma itinerante e compartilhadas/integradas com às Unidades Básicas de Saúde e outros serviços da rede de saúde quando necessário (Brasil, 2011).

Por sua vez, o Ponto de Cidadania (“Ponto”) integra a rede de saúde municipal de Salvador. Ele funciona em um *container* que conta com três espaços: atendimento, banho e sanitário. As equipes também são multidisciplinares e dispõem de educadores físicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, sanitaristas, redutores de danos, arte-educador, e setor administrativo. Além do uso do banho e sanitário, o “Ponto” realiza encaminhamentos para rede de saúde, assistência social e justiça (Prefeitura de Salvador, 2022).

Uma das diferenças entre as equipes do CnaR e do Ponto de Cidadania está na itinerância. Ainda que cada equipe do CnaR possua uma base fixa em uma Unidade Básica de Saúde, seu trabalho é essencialmente itinerante. Cada equipe atua em um território e nele realizam diversos campos nas áreas onde há maior concentração de pessoas em situação de rua.

De maneira semelhante, ainda que a equipe do Ponto de Cidadania possa sair diversas vezes da unidade para, por exemplo, acompanhar o assistido em alguma demanda, seu trabalho está essencialmente fixado onde está sua unidade. Assim, *a priori*, a equipe estará sempre à disposição, no contêiner, para o atendimento. Ambos os serviços têm como objetivo a promoção integral da saúde à PSR a partir de um trabalho realizado no território baseado na garantia de direitos e em articulação intersetorial.

Salvador conta com cinco equipes de Consultório na Rua que atuam nos seguintes territórios: Brotas, Gamboa, Centro Histórico, Itapagipe e Itapuã e dois contêineres do Ponto de Cidadania – Largo de Roma e Aquidabã.

A partir das entrevistas e suas análises foi possível analisar o posicionamento das participantes da pesquisa, as suas construções discursivas, identificar práticas e ações realizadas em suas atuações (Minayo, 2014). Diante disso, três categorias de análise foram criadas: 1) A formação em psicologia, 2) Atuação (quefazer) das psicólogas nas ruas e 3) Tecnologias do cuidado.

- Quem faz o cuidado acontecer: as psicólogas que atuam nas ruas de Salvador

Participaram da pesquisa seis psicólogas que atuam com a população em situação de rua. Destas, duas estavam lotadas em unidades do Ponto de Cidadania e quatro em equipes de Consultório na Rua. Para garantia do sigilo as características das profissionais não serão vinculadas ao seu nome fictício nem a sua equipe de trabalho.

A média de idade das participantes foi de 29 anos, sendo que a psicóloga com menor idade tinha 25 anos, e a com maior idade, 33 anos. Duas delas cursaram a graduação em instituições privadas de ensino e quatro em universidades públicas, todas no estado da Bahia. Os anos de conclusão da graduação variaram entre 2014 e 2021.

Todas as entrevistadas possuíam pós-graduação/especialização, sendo duas na área de Saúde Mental na Atenção Básica, outras duas em Saúde Mental, uma em Saúde da Família e, por fim, uma em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Respeitando o sigilo, optou-se pela adoção dos seguintes nomes fictícios: Nise, Ana, Renata, Maria, Virgínia e Neuza.

Resultados e Discussão

- A formação em psicologia

Nesta categoria serão apresentados e discutidos os resultados acerca da formação das psicólogas entrevistadas e de que modo esta formação contribuiu para sua atuação. Das participantes da pesquisa, quatro cursaram a graduação em universidades públicas e duas em

universidades privadas. Todas tiveram contato com a atuação junto à PSR durante o processo formativo – na graduação ou residência multiprofissional. Ainda que estudos (Gondim et al., 2010; Dimenstein, 2000; Spink, 2006) apontem limitações na formação em psicologia, o fato de as psicólogas terem acesso a essa área de atuação enquanto ainda são estudantes demonstra um certo avanço.

Ainda assim, das seis entrevistadas, cinco declararam que a graduação não as preparou para esta atuação, mesmo tendo contato com a PSR durante a formação na universidade. Elas reconhecem que houve ausência de disciplinas que envolvessem aspectos importantes para atuação no SUS, em equipes multidisciplinares e com populações vulnerabilizadas. Entretanto, destacam a importância de professores que trouxeram esses assuntos para o ambiente universitário e as apresentaram campos de atuação diferentes dos hegemônicos, seja a partir de disciplinas optativas, campos de estágio, pesquisa, dentre outros.

Renata declarou: "A academia, ela não prepara a gente para as especificidades da população em contextos de vulnerabilidade social e ela não prepara a gente 'pra' o diálogo interdisciplinar, multidisciplinar."

Tal relato demonstra que, embora as universidades apresentem uma multiplicidade maior em atividades práticas/campos de estágios, ainda é insipiente a relação entre o conhecimento teórico adquirido na sala de aula e a prática. Spink (2006) explicita que apesar de, quantitativamente, ser comprovado o ingresso de mais psicólogas na esfera da saúde, na formação ainda há o predomínio do modelo psicodinâmico, isto é, com enfoque na clínica, sendo o indivíduo tratado como um ser desconectado do seu contexto histórico, ignorando temáticas associadas à saúde pública e seu contexto de atuação.

Rocha e Oliveira (2020) sinalizam que há a necessidade de repensar a formação, de modo que a teoria e o método estejam voltados para a saúde coletiva e as complexidades dos desafios que atingem a população brasileira nesse âmbito. Virgínia destaca assuntos que sentiu falta durante a sua formação:

“Eu acho que nas disciplinas faltou uma programação, um cronograma mais contextualizado com o que a gente vive, né? Então, faltou [sic] referências que pautassem interseccionalidade, relações raciais [...] esse trabalho que não tem um *setting* bem definido, que ele é itinerante [...] ele considera outros aspectos da vida do indivíduo e que, enfim [...] atua junto à família, junto à comunidade.”

Renata defende que é necessário uma maior discussão acerca de temas como raça e racismo, levando em consideração o processo de colonização do Brasil e a escravização

“Eu acho que o primeiro, número um, é você entender uma subjetividade é por meio da do conceito de raça mesmo [...] Se você não alinha a sua prática com entendimento do racismo, acho que acaba indo para uma linha de amadorismo.”

Em 2022, 55,5% da população brasileira se autodeclarou negra - da cor/raça preta ou parda (IBGE, 2024). Como citado anteriormente, em 2023, 93% da população em situação de rua, em Salvador, se autodeclarou/foi considerada negra (SEMPRE e Projeto Axé, 2023). Esses dados comprovam que a maior parte da população a ser atendida pela psicologia, no Brasil, é negra. Elucida-se assim o porquê de Renata considerar fundamental que esteja presente na grade curricular discussões acerca da temática racial.

Segundo as Referências Técnicas para Atuação das Psicólogas (2017), apesar da importância da educação étnico-racial nas universidades, raramente encontra-se qualquer menção a este tema nas disciplinas obrigatórias. É essencial que durante a formação, as teorias, métodos e reflexões forneçam subsídios para uma leitura crítica da realidade que possibilitem às futuras profissionais construir práticas interventivas coerentes (Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia, CREPOP, 2017). E isso se estende para outros temas relevantes como sexualidade, identidade de gênero, construção histórica da realidade brasileira, dentre outros.

Apenas Nise relatou que foi preparada para esta atuação e aponta exatamente esses diferenciais: “É uma formação que me preparou para trabalho no SUS, para trabalhos coletivos”. Segundo ela, a universidade “já tem uma proposta assim, de compromisso social muito grande. E as discussões sempre nesse campo [...] então muitas discussões das questões raciais, das questões de gênero.”

Por fim, Neuza diz que foi a sorte que a trouxe para essa atuação: “É, acho, eu não ouvi falar assim, durante boa parte da minha graduação, de serviços, por exemplo, que atendam especificamente população em situação de rua, então acho que falta diluir isso no currículo, né? Que apareça em outros momentos, porque eu sinto que foi uma sorte assim, um acaso que me levou pra esse lugar que fez sentido”.

Desse modo, os dados encontrados na pesquisa demonstram que, de modo geral, a graduação em psicologia não prepara as psicólogas para uma atuação no âmbito da saúde pública ou saúde coletiva, nem promove reflexões que se debruçam sobre aspectos socioeconômicos e culturais que circundam a atuação. Apenas uma das entrevistadas relatou que obteve esses conhecimentos por conta da graduação, as outras cinco participantes obtiveram acesso a essas discussões por conta de professores específicos e/ou em espaços extracurriculares.

- Atuação – *quefazer*- das psicólogas nas ruas

Nesta categoria serão apresentadas questões que fazem parte do dia a dia das psicólogas nas ruas, elementos, sentimentos, desafios permeiam o *quefazer* (Baró, 1996) da psicóloga nas ruas, ou seja, da sua atuação.

Em sua teoria, a Psicologia da Libertação, de Martín - Baró (1996), explicita a situação de injustiça social vivenciada pelas maiorias populares na América Latina. Injustiça essa que existe e que tem dentre suas expressões, a desigualdade social, a vulnerabilização e a negação do acesso a direitos sociais. Essa é a realidade encontrada nas ruas. Para Baró (1996), o *quefazer* psicológico deve atuar de modo a transformar a realidade individual dessas pessoas, mas não só isso, deve ter um impacto também coletivo.

A partir dos discursos ouvidos e aqui apresentados é possível perceber que essas profissionais têm trabalhado dia após dia para realizar o feito de transformar a realidade da cidade de Salvador. Para tal, elas tem organizado diversas atividades, sendo as mais citadas: idas ao campo para atendimento da PSR *in loco*, acolhimento, busca ativa, oferecimento de insumos, articulação com a rede de garantias de direitos, atividades de promoção em saúde (oficinas, rodas de conversa, atividades lúdicas), atendimentos individuais e/ou à família, condução de grupos, atendimento de demanda espontânea. Além disso, reunião de equipe, espaços de matriciamento, discussão de casos, reuniões intersetoriais e atividades burocráticas, como o preenchimento de instrumentos, evolução de prontuário e plano terapêutico singular (PTS).

Compondo equipes multiprofissionais no âmbito da saúde, as entrevistadas explicaram que as tarefas são compartilhadas com seus colegas de equipe e que isso acarreta alguns desafios. Virgínia diz que: “É uma experiência que é sempre um desafio [...] Você está lidando

com muitas subjetividades, com as expectativas do outro com... Enfim, com trajetórias diferentes, visões de mundos diferentes, visões sobre o trabalho, diferentes sobre as pessoas”.

Entretanto, ela complementa afirmando que essa multiplicidade é também um dos motivos dela escolher o trabalho em saúde. “Mas, de uma forma geral, esse esse *[sic]* é um dos motivos de eu escolher o trabalho na saúde [...] de trabalhar em conjunto de... De ampliar minhas perspectivas no sentido do núcleo profissional mesmo” (Virgínia).

Renata afirma que a partir das diferentes visões acerca dos fenômenos, as profissionais podem ter atuações complementares:

“Eu acho que a atuação multidisciplinar ela quebra alguns paradigmas [...] porque você está ali pensando no caso, junto com colegas e dividindo o seu saber. Então, eu acho que você, quando você aprende um pouquinho de cada, primeiro que você consegue ter uma qualidade melhor de atendimento” .

Vale e Vechia (2019) apontam que a atuação diversa – composta por diferentes profissionais - amplia o cuidado à saúde da PSR, uma vez que a população aqui descrita é acometida por vulnerabilidades em diferentes áreas da vida, que afetam de diferentes formas o seu processo de saúde-doença.

Através das falas é possível perceber a importância de um espaço onde a equipe possa se encontrar e compartilhar sobre a rotina do trabalho. Genonádio, Tedesqui e Aires (2021) apontam que a reunião ou supervisão de equipe é um espaço de fortalecimento, onde os profissionais envolvidos podem discutir casos, repensar a atuação, planejar novos passos e se apoiar.

Nesse contexto multiprofissional, os papéis desempenhados pelas psicólogas e outros profissionais da equipe são semelhantes, existindo uma variedade muito grande de atividades realizadas.

“Então, escuta qualificada, acompanhamento aos serviços, orientações para acesso a direitos, processos de educação em saúde, são coisas que são meio basais assim de todos os *[sic]* componentes da equipe” (Neuza).

Sobre as contribuições que a psicologia pode trazer ao trabalho em equipe e atendimento aos usuários, Neuza destaca que a psicóloga tem a capacidade de escutar sujeitos e colaborar para novos processos de subjetivação ocorram, podendo deslocá-los daquele lugar de sofrimento:

“É, mas falando especificamente, então, da categoria de psicologia, eu acho que tem um olhar muito voltado para a subjetividade [...] ir pensando nos processos de subjetivação, entendendo como é esse processo de violência e violação de direitos, impacta na na [sic] subjetivação, né? Na construção da subjetividade dessas pessoas. É, e como que a gente potencializa as potências, né? As potências de vida, para que a gente não fique num lugar só de sofrimento, só da violação de direito. E como potencializar esse vínculo a partir da vida, também promove um cuidado, promove a redução de danos.”

É possível perceber que a psicologia pode colaborar ao fazer uma leitura subjetiva do usuário diante das demandas de saúde que são apresentadas por ele. Tendo essa leitura, um enfoque dialético, ao considerar a estrutura social e a estrutura psicológica como indissociáveis. Além disso, ratifica a ideia de que a atuação não pode se limitar ao plano abstrato individual, mas também confrontar fatores sociais (De La Corte, 2000; Baró, 1996).

Renata afirma que a psicóloga também contribui de modo a ofertar “sobretudo, antes de tudo, apoio psicológico, né? [...] tentar fazer com que o que o indivíduo se autoconheça e supere suas questões [...] se tratando de uma população que está marcada pelo lutamento [sic], pelo sofrimento, né? Por perdas diárias, por desvalorização da sua vida [...] De superação social mesmo”.

Assim, a partir do encontro entre psicóloga e usuário, da construção e sustentação de vínculo, da escuta qualificada é possível oferecer um atendimento que considere o sujeito em suas múltiplas dimensões, produzindo ações singulares de cuidado em saúde. Como afirmado por Rocha e Oliveira (2020) a prática da psicóloga com a população em situação de rua está ainda em fase de construção.

Em estudos passados (Rocha e Oliveira, 2020; CRP-MG, 2015), psicólogas que também atuavam com a PSR destacaram como trabalho inicial a busca de estratégias de vinculação com as pessoas que atenderiam. Notou-se que, nas ruas, essa população, já vítima de tantas violências, possuía uma certa descrença de entidades governamentais. Logo, foi necessário, inicialmente, ganhar a confiança para, então, conseguir efetivar o cuidado.

Apesar de a Política Nacional para a População em situação de Rua existir desde 2009 e possuir como objetivo a garantia do atendimento da PSR nos diversos serviços para garantia de direitos - redes de saúde, justiça, assistência social, por exemplo - essa ainda não é a realidade brasileira. Durante a entrevista, todas as participantes relataram que o maior desafio está na

relação com os outros serviços, na construção da articulação de rede para o atendimento integral do usuário.

“Essa dificuldade com a questão da rede e as limitações do que que [sic] a gente pode fazer enquanto serviço [...] a gente faz um máximo para levar às vezes um usuário num num [sic] exame de ‘alguma coisa’, chega lá não é bem recebido... A gente às vezes presencia violências institucionais” (Maria).

“Eu tenho uma dificuldade especificamente com as barreiras de acesso [...] tem uma dificuldade muito grande com a discriminação desse público [...] passa por situações delicadas. Delicadas, ó que eufemismo não, é ruins mesmo, assim, enfim, discriminação, de invalidação” afirma Virginia.

Além disso, o sucateamento da rede pública de saúde foi um ponto abordado, referente aos seus próprios locais de trabalho ou em outros serviços da rede. Nesse sentido, cabe destacar como se organizam estes dois serviços atualmente em Salvador. Até o ano de 2020 existiam três equipes de Consultório na Rua. Diante da demanda crescente, da escassez de serviços, desassistência a qual a população estava exposta e da mobilização popular, com o advento da pandemia de Covid19, a Prefeitura Municipal de Salvador realizou a reestruturação das equipes já existentes e ampliação da assistência. Assim, passaram a existir cinco equipes de CnaR e dois contêineres. Entretanto, essa ampliação ocorreu por meio da terceirização do serviço. (Genonádio, Tedesqui e Aires, 2021)

“Porque as políticas públicas estão ali, mas eu não sei se elas [...] Eu sei que elas não estão funcionando como deveria. Isso não é culpa dos profissionais, isso é o sucateamento. Eu também sou uma profissional que sofro, que muitas vezes é não cumpro como eu gostaria, por conta do sucateamento”, declara Renata.

No momento em que foram realizadas as entrevistas, ambos os serviços funcionavam com uma relação contratual público-privada, tendo como partes a Prefeitura Municipal de Salvador e a empresa S3 – Gestão em Saúde. Desse modo, todas as psicólogas entrevistadas atuavam no regime de terceirização, contratadas pela empresa S3.

A terceirização de serviços de saúde é uma realidade no Brasil, mas torna-se importante pensar quais os impactos são resultantes do fato de uma política pública ser controlada pela iniciativa privada. Afinal, em diversos contextos a terceirização promove a precarização laboral afetando, assim, a qualidade dos serviços ofertados e a saúde dos trabalhadores.

As entrevistadas relataram como se sentem ao acompanhar essas situações de sofrimento e da dificuldade que é se perceber em uma situação de privilégio diante daquelas pessoas às quais estão atendendo.

“É difícil estar nesse lugar de privilégio, porque por mais que eu não consiga abrigo para aquela pessoa naquele dia, eu dou essa notícia, eu volto para casa, para minha cama e para comer. É desafiador também” citou Ana.

“Diversas situações que são inaceitáveis. Eu lembro que nos primeiros dias de trabalho assim, teve uma senhorinha que a gente encontrou na rua e que ela falava, que ela estava chorando muito, falou que não queria dormir na rua naquele dia que estava se sentindo exposta. E minha sensação foi muito devastadora, assim foi como é que eu posso ir para minha casa e vou dormir e ela está aqui?” afirmou Nise

Para lidar com essas questões elas contam com diversas estratégias, a exemplo de: terapia individual, estar em espaços de mobilização social e política, compartilhamento e apoio entre os integrantes da equipe e espaços formativos.

“Eu conto com minha equipe multidisciplinar. É outro ponto, né? Da equipe, muito importante que é essa relação que a gente cria de compartilhar esse trabalho, porque se esse trabalho fosse feito sozinho, ninguém aguentaria” compartilhou Ana.

As participantes destacam, entre as potencialidades do trabalho e aquilo que as motiva, as relações estabelecidas com os usuários, o vínculo construído, as mudanças que ocorrem na vida das pessoas e, até mesmo, as mudanças em suas próprias vidas.

“Primeiro que a gente nunca mais é o mesmo [...] É assim, comunidade é uma coisa assim, você grita tem um coletivo ali para te socorrer [...] você vê casos super complexos e você vê o caso avançar, nem que seja um avanço mínimo. Mas você vê o avanço e você dizer, a gente está no caminho certo, isso funciona assim, o problema é o sucateamento, é estrutura do nosso país, mas funciona” – Renata.

Conforme proposto por Martín-Baró (1996, 2000, 2003) a atuação da psicóloga na rua é oposto à lógica individualizante. Durante as entrevistas, todas as participantes demonstraram uma compreensão dialética do usuário, considerando aspectos sociais, comunitários e econômicos como fundamentais para a compreensão do sujeito e para o exercício de uma prática efetiva.

“É garantir acesso a direito. Acho que poder falar sobre direito, né? Poder fazer com que essas pessoas assim possam pensar sobre si mesmas” – Neuza. Baró (1996) afirma que

trabalhar não é só aplicar conhecimentos e habilidades, é também, fazer- se a si mesmo e se encontrar nisso.

Por meio das falas trazidas pelas profissionais ao longo das entrevistas é possível perceber o quanto elas estão implicadas subjetivamente nesse trabalho, que não tem apenas uma consequência individual, mas também coletiva e que assim como transforma a vida dos usuários, transforma também as ruas da cidade e as suas próprias vidas.

Tecnologias do cuidado

Diante das respostas das entrevistadas foi possível categorizar as tecnologias utilizadas a partir dos escritos de Merhy (2002), desse modo, elas serão apresentadas em seus 3 níveis: leves, leves-dura e duras.

Aparentemente, o enfoque do trabalho da psicóloga na rua está nas tecnologias leves – aquelas baseadas nas relações. A profissional que está neste lugar disponibiliza seu corpo, sua presença e atenção para aqueles que são atendidos. Foram apontadas como tecnologias leves recorrentes: acolhimento, escuta, apoio psicológico e distribuição de insumos. Ademais, atividades grupais como dinâmicas, oficinas e rodas de conversa também foram apontadas como estratégias utilizadas pelas psicólogas. Por fim, nas relações entre pares ou com outros serviços foram mencionadas as reuniões de equipe e a articulação da rede.

As psicólogas apontaram que inicialmente há um processo de aproximação, conversa, acolhimento para entender as demandas daquele sujeito e, também, situar sobre como a profissional pode auxiliá-lo.

Ana afirma que por estar em um serviço de saúde, muitas vezes os usuários procuram a figura médica para tratar de alguma questão biológica.

“Porque muitas vezes eles chegam dizendo que é uma demanda que só quer ver a médica. E aí é importante que a gente consiga fazer um jogo para entender se realmente tem a necessidade de passar pela médica ou se é algo que a gente consegue fazer ali, na escuta, na conversa de uma outra maneira que não só nessa demanda específica biomédica” - Ana.

Nise considera que esse é o diferencial da profissional de psicologia na equipe, possibilitar ao usuário um cuidado além do biomédico.

“O que a psicologia tenta trazer para a subjetividade, para o cuidar de uma outra dimensão, que não é só tratar a ferida. O que a gente tem muito esse risco [...] das equipes de saúde, de forma geral, que esse centrado no modelo biomédico mesmo” - Nise.

Ana afirmou que determinadas perguntas podem ser consideradas como uma técnica, porque com base nelas é possível conhecer e entender a dinâmica de vida daquele usuário. Assim, é possível identificar não só as demandas voltadas para a medicina, mas também proporcionar um espaço de acolhimento e escuta.

“Eu peço muito para que o usuário 'me' detalhe o dia dele: Você tem dormido aqui nesse lugar que a gente está sentado? E como tem feito o seu corre? Tem reciclado onde? Então, eu acho que eu posso chamar de técnica isso te perguntar: por onde você anda na cidade? [...] Então, essa é uma maneira de puxar outras coisas para além dessas outras demandas de saúde, não é? É aí que se faz uma escuta” afirma Ana.

Genonádio, Tedesqui e Aires (2021) apontam que é através das tecnologias leves, na construção do vínculo com disponibilidade e respeito às singularidades que o trabalho com a PSR pode ser realizado. Em um cenário marcado pela negação de direitos e, muitas vezes, a proximidade da morte (física ou subjetiva) é apostando na vida desses usuários que se torna possível a oferta do cuidado em saúde.

O acompanhamento a outros serviços foi um tema recorrente na fala das entrevistadas. Elas explicam que o acompanhamento é muito mais do que garantir um meio de transporte para a ida até determinado local. Ele é apontado como uma importante tecnologia, com duas principais funções: a possibilidade de uma escuta única e a colaboração para a garantia de direitos dos usuários de acessarem os serviços.

“Não é só acompanhar, não é só como se fosse o transporte e levar, mas tem, tem um atendimento que se faz nesse, nesse trânsito também, né? [...] Que é interessante, que abre a perspectiva de estar junto da pessoa no território é.. observando também a relação ‘desse’ dessa pessoa com serviços, também intervindo quando for necessário nessa relação”- Virginia.

“A gente tem que acompanhar alguns assistidos, às vezes, só para garantir que ele seja bem atendido, que ele não seja violentado” - Nise.

Lancetti (2008) denomina de “peripatética” essa clínica que se constroi andando, pelas ruas. Trata-se de uma estratégia voltada para atender pessoas para as quais os modelos

tradicionais de atenção à saúde parecem não obter sucesso. Essa é uma prática essencialmente antimanicomial, “as andanças pela cidade constituíam novos *settings* altamente férteis para a produção de subjetividade e cidadania” (p.21).

Seja para ir até um serviço da rede ou para uma atividade lúdica, esse deslocamento físico pode também proporcionar uma mudança subjetiva. Ao longo do caminho novas lembranças, pensamentos e conversas podem surgir e partir daí constitui-se ou se fortalece uma via de cuidado.

Além disso, sabe-se que é comum que pessoas em situação de rua tenham o atendimento negado nos mais diversos serviços. Tal realidade está ancorada no racismo estrutural e institucional, além do estigma social destinado a essas pessoas (Genonádio, Tedesqui e Aires, 2021). Nesse sentido, a psicóloga “empresta” seu lugar social (como uma representante de um serviço de saúde) na tentativa de garantir esse acesso.

Diversos estudos têm mostrado (Genonádio, Tedesqui e Aires, 2021, CRP – MG, 2015, Rocha e Oliveira, 2020) que as tecnologias leves são fundamentais para o atendimento à PSR. Além da inicial distribuição de insumos, que funciona como um chamariz para a aproximação, a escuta atenta e sem julgamentos, o uso de uma linguagem acessível e estratégias de trabalho flexíveis são ferramentas utilizadas para a construção do vínculo. Este vínculo é o fio condutor que torna possível o avançar do cuidado e o uso das tecnologias duras, ou seja, a ida a um médico especialista, realização de exames, o uso de medicamentos e muitas outras intervenções possíveis.

No que se refere às tecnologias leve-duras, relacionadas aos saberes estruturados, encontrou-se uma variedade de respostas. As psicólogas relataram utilizar diferentes abordagens teóricas, tais como: Psicanálise Lacaniana, clínica psicossocial das psicoses, psicanálise Freudiana, psicologia social comunitária, terapia analítica Junguiana e terapia cognitivo comportamental.

As profissionais relatam que, diante da complexidade do trabalho, uma só abordagem teórica muitas vezes não é suficiente. Além disso, apontaram a necessidade de buscar conhecimentos em outras áreas de conhecimento. A exemplo da redução de danos:

“A minha prática é a redução de danos que eu já falei. A psicologia social comunitária [...] Acho importante dizer que [...] que todos os lugares que eu trabalhei, trabalha com a redução de danos, que é uma perspectiva que está dentro do SUS [...] onde preza o protagonismo e a autonomia e liberdade do indivíduo, onde o indivíduo passa a ser

cuidado em no seu espaço comunitário, no seu espaço, com liberdade no seu espaço afetivo, tendo o direito de ir e vir e sem necessariamente passar pelo processo de abstinência” – Renata.

A Redução de Danos (RD) é citada em muitos trabalhos como estratégia para o cuidado da população em situação de rua (Paixão, et al. 2021; Silvestrin, Kuhnen e Tribéss, 2019; Carvalho, et al., 2021; Rocha & Oliveira, 2020; Alves, et al. 2020; Alves, et al. 2021), sendo uma tecnologia de baixa exigência que busca reduzir os riscos e danos ocasionados pelo uso de substâncias psicoativas (SPA's) e pela situação de rua. A RD entende o sujeito como integral, autônomo e capaz de construir com o técnico de referência o seu projeto de cuidado, sendo a abstinência uma possibilidade, mas não uma determinação.

Em alguns estudos (CRP – MG, 2015; Rocha & Oliveira, 2020) sugere-se que pode haver uma crise de identidade profissional das psicólogas ao atuarem em serviços que atendem a PSR. Tal fato seria justificado pela dificuldade em articular os aprendizados da graduação e a prática nesses serviços. No presente estudo isso não ficou em evidência, pois apesar da ausência desses conteúdos na graduação, as profissionais parecem ter desenvolvido como estratégia a utilização das teorias clássicas, aliadas a conhecimentos de outras áreas, como da saúde coletiva e das ciências sociais. Tal fato promove uma contextualização dessas teorias para a realidade soteropolitana e para o perfil do público atendido.

Por fim, apresentam-se as tecnologias duras que são aquelas representadas por equipamentos tecnológicos, normas e estruturas organizacionais. Aqui são elencadas as tecnologias que constituem o núcleo burocrático do trabalho. As participantes citaram: ficha de acolhimento, teste de escarro, mapa de campo, relatório de acompanhamento, relatório psicossocial e fichas de monitoramento.

“Ficha de atendimento individual, ficha de atividade coletiva, reuniões, articulação de redes são instrumentos que que são esses específicos do e-SUS, a gente tem os prontuários, onde a gente registra todos os atendimentos [...] E acho que o outro instrumento que a gente usa muito, além das fichas de referência, né? [...] costume fazer muitos relatórios assim, de acompanhamento, relatórios psicossociais”, disse Neuza

Merhy e Franco (2003) afirmam que historicamente o modelo assistencial para a saúde esteve centrado no saber médico, apoiado pelas tecnologias duras e leve-duras, respondendo a interesses dos grandes grupos econômicos que operam na saúde.

Ao conhecer a prática exercida pelas psicólogas, no Ponto de Cidadania e no CnaR, percebe-se a materialização do conceito de clínica ampliada, cunhada por Gastão Wagner nos anos 90 e passou a ser utilizada pelo Ministério da Saúde nos anos 2000 (Curvo et al, 2018).

Essa ampliação diz respeito à construção de uma clínica para além do hospital e do olhar biomédico. Além disso, requer ampliar os campos de atuação, ampliar as equipes, apostar no trabalho multiprofissional, transversal e não hierarquizado. Para tanto, é importante ter a compreensão de que o sujeito não é só a doença, afirmação da autonomia do usuário e o fomento de ações para fortalecê-la, reconhecimento que o cuidado em saúde é feito a partir de um encontro, onde ambos (profissional e usuário) são afetados (Curvo et al., 2018).

Rocha e Oliveira (2020) apontam que, ao focar nas tecnologias leves, ou seja, nos encontros, na criação/fortalecimento de vínculo e recursos dialógicos, evitando assim a burocratização do cuidado, criam-se alternativas mais criativas que possibilitaram melhor aceitação das ações desenvolvidas. Franco e Merhy (2012) não propõem o abandono do uso das tecnologias leve-duras e duras. Eles chamam atenção para o fato de que, ao se ter as tecnologias leves como centrais no atendimento, o serviço ofertado é mais qualificado e promoverá um cuidado mais assertivo.

Assim, as psicólogas entrevistadas dispõem de uma gama de tecnologias, em seus diversos níveis, que são utilizadas de diferentes formas, com variadas finalidades com o objetivo de promover um cuidado integral a cada usuário.

Considerações Finais

Uma das razões para a realização desta pesquisa foi o desejo em compreender como o cuidado psicológico vem sendo ofertado à população em situação de rua e, também, a possibilidade de trazer mais visibilidade a um tema tão pouco debatido na academia, mas que cumpre um importante papel social.

Diante do exposto, fica evidente a importância de políticas públicas que busquem reparar as situações de injustiça social existentes no país e, além disso, que o seu cumprimento seja efetivo e se concretize transformando a vida das pessoas. No que tange à realidade da população em situação de rua, a Política Nacional para a Inclusão da População em Situação de Rua representa um significativo avanço para a garantia de direitos dessa população.

A partir da Política tornou-se necessário assegurar meios para a sua efetivação e assim novos serviços foram implementados. A proposta do Consultório na Rua (CnaR) e do Ponto de Cidadania é, justamente, proporcionar o cuidado integral à saúde e o acesso dessas pessoas nos mais distintos serviços na rede de garantia de direitos. E qual o lugar da psicóloga nesse contexto? Como pode a psicologia, enquanto ciência e profissão, contribuir para a superação de tamanha desigualdade?

Ainda que estudos anteriores (CRP – MG, 2015; Rocha e Oliveira, 2020) apontem que pode haver uma crise de identidade profissional das psicólogas ao atuarem em serviços que atendem a POP RUA, essa não foi a realidade encontrada aqui. Ainda que as entrevistadas do presente estudo tenham pontuado as limitações durante a formação e a maior parte delas tenha justificado que o contato com essa atuação aconteceu por sorte ou graças a um professor específico, elas têm colaborado para a construção desse novo modelo de fazer da psicologia com segurança apesar dos desafios.

Durante as entrevistas não houve questionamentos se havia ou não espaço para a psicologia nas ruas, se a profissional da psicologia se diferenciava suficientemente dos outros profissionais ou não, se as teorias psicológicas poderiam ajudar ou não. Nesse sentido, as psicólogas parecem ter encontrado um lugar confortável de atuação e assumido a identidade de “psicóloga na rua”.

As profissionais compreendem que o saber psicológico não basta em si e não dá conta sozinho de responder todas as demandas da população que está nas ruas de Salvador. Logo, elas têm usado as mais diversas teorias da psicologia, por vezes mais de umas, além de saberes de outras áreas – como da redução de danos, por exemplo – para exercer o seu trabalho.

Aliado a isso, as entrevistadas parecem ter se despedido de discursos pedagógicos-moralistas, como já apontado em estudos anteriores (CRP – MG, 2015), e apostado em uma postura acolhedora, que respeita a autonomia dos sujeitos e que tem no vínculo um importante elo para o cuidado. Assim, o trabalho nas ruas parece ter como centro as tecnologias leves em saúde (Merhy, 2002). Merhy e Franco (2003) apontam que todo profissional de saúde possui certa autonomia no seu fazer e destacam que a adoção das tecnologias leves tornam o processo de cuidado mais assertivo.

Os desafios encontrados também se refletem nas falas das psicólogas. As adversidades vivenciadas pelas pessoas nas ruas, o sucateamento dos serviços públicos, a discriminação enfrentada nos mais diversos serviços e a terceirização do trabalho são situações recorrentes

que impactam tanto a atuação profissional nas ruas quanto o bem-estar profissional das psicólogas. É através da equipe multidisciplinar, de reuniões, supervisões clínicas, espaços formativos e políticos que essas situações podem ser acolhidas, repensadas e podem ser desenvolvidas estratégias para o enfrentamento. Dessa forma, entende-se que esses espaços são de extrema importância para as profissionais e para continuidade da assistência ofertada.

Por fim, percebe-se que apesar dos grandes avanços nas políticas públicas ainda é necessário travar disputas para que estas sejam efetivamente implementadas e funcionem como deveriam. Nota-se, também, mudanças positivas no processo de formação das profissionais, ainda que ele não seja apontado como suficiente. Então, torna-se cada vez mais necessário e urgente que a psicologia esteja atenta à realidade social do seu país e que a formação esteja aliada com as necessidades das maiorias populares, cumprindo assim, o compromisso social.

Referências

- Alves, A. F. S., Rocha, R. V. d. S., & Rodrigues, I. L. S. (2020). “Diz em que cidade que você se encaixa, cidade alta ou cidade baixa?”: gentrificação e a população em situação de rua de Salvador/BA. *Boletim de Conjuntura*, 4(12), 114–130.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.4281458>
- Alves, J. B. de B. B., Brandão, I. de A., Caldas, P. S., Rodrigues, I. L. S., & Brasil, S. A. (2021). Redução de danos e saúde mental: o trabalho com a população em situação de rua no contexto da pandemia da COVID-19. *Práticas E Cuidado: Revista De Saúde Coletiva*, 2, 1-20.
<https://www.revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/13156>
- Belandi, C. & Gomes, I. (22/12/2023). Censo 2022: pela primeira vez, desde 1991, a maior parte da população do Brasil se declara parda. *Agência IBGE Notícias*.
<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38719-censo-2022-pela-primeira-vez-desde-1991-a-maior-parte-da-populacao-do-brasil-se-declara-parda>
- Bastos, A. V. B., Oliveira, I. F., & Soares, I. S. D. (2022). O trabalho em psicologia: em que áreas de atuação nos inserimos. In Conselho Federal de Psicologia (Ed.), *Quem faz a psicologia brasileira? : Um olhar sobre o presente para construir o futuro : Formação e inserção no mundo do trabalho: Volume II: Condições de trabalho*,

- fazeres profissionais e engajamento social* (pp. 13-29). Conselho Federal de Psicologia ISBN: 978-65-89369-24-0.
- Brasil. (2011). Portaria Nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html
- Carvalho, M. A. C., Santana, J. P., & Vezedek, L. (2017). Cartografias dos desejos e direitos: Mapeamento e contagem da população em Situação de Rua na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Projeto Axé.
http://www.projetoaxe.org/brasil/axemedia/sumario_executivo_cartografia_desejos_direitos_mapeamento_contagem_pop_Rua/
- Conselho Federal de Psicologia. (2022). *Quem faz a psicologia brasileira? : Um olhar sobre o presente para construir o futuro : Formação e inserção no mundo do trabalho: Volume II: Condições de trabalho, fazeres profissionais e engajamento social*. Conselho Federal de Psicologia. ISBN: 978-65-89369-24-0.
- Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia, & Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas. (2017). *Relações raciais: Referências técnicas para atuação de psicólogas/os*.
https://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2017/09/relacoes_raciais_baixa.pdf
- Conselho Regional de Psicologia Minas Gerais. (2015). *A psicologia e a população em situação de rua: Novas propostas, velhos desafios*.
<https://redeassocialpg.files.wordpress.com/2016/01/a-psicologia-e-a-populac3a7c3a3o-de-rua.pdf>
- Cunha, J. V. Q., & Rodrigues, M. (2009). *Rua aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf
- De La Corte, I. (2000). La psicología de Ignacio Martín-Baró como psicología social crítica. Una presentación de su obra. *Revista de Psicología Geral y Aplicada*, 53(3), 437-450.
- Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 95-121. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2000000100006>

- Franco, T. B., & Elias Merhy, E. (2012). Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Tempus – Actas De Saúde Coletiva*, 6(2), 151–163.
<https://doi.org/10.18569/tempus.v6i2.1120>
- Furtado, O. (2012). 50 anos de Psicologia no Brasil: a construção social de uma profissão. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32, 66–85. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000500006>
- Genonádio, A., Tedesqui, N. S. B., & Aires, S. (2021). Covid-19 e a população em situação de rua: práticas de cuidado desenvolvidas em Salvador-BA. In *Pensar Junto/ Fazer Com: saúde mental na pandemia de COVID-19*.
<https://repositorio.ufba.br/handle/ri/35225>
- Gondim, S. M. G., Bastos, A. V. B., & Peixoto, L. S. A. (2010). Áreas de atuação, atividades e abordagens teóricas do psicólogo brasileiro. In *O trabalho do psicólogo no Brasil: um exame à luz das categorias da psicologia organizacional e do trabalho* (pp. 174-199). Artmed.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022). Brasil/Bahia/Salvador.
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama>
- Lancetti, A. (2008). *A clínica peripatética* (3ª ed.). Hucitec.
- Macedo, L. C., Larocca, L. M., Chaves, M. M. N., & Mazza, V. A. (2008). Análise do discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 12(26), 649-657. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000300015>
- Martín-Baró, I. (2000). *Acción y ideología: psicología social desde Centroamérica*. San Salvador: UCA Editores.
- Martín-Baró, I. (1996). O papel do psicólogo. *Estudos de Psicologia*, 2(1), 7-27.
<https://www.scielo.br/j/epsic/a/T997nnKHfd3FwVQnWYYGdqj/?format=pdf>
- Martín-Baró, I. (1993). *Sistema, grupo y poder*. San Salvador: UCA Editores.
- Merhy, E. E., & Franco, T. B. (2003). Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. *Saúde em Debate*, 27(65), 316-323.
https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato* (Capítulo 2, pp. 41-66). Hucitec.

- Minayo, M. C. S., Deslandes, S. F., Neto, O. C., & Gomes, R. (2002). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (21ª ed.). Vozes.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (14ª ed.). Hucitec.
- Paixão, D. S. da, Rocha, R. V. de S., & Rodrigues, I. L. S. (2021). A psicologia da libertação e o aquilombamento da população em situação de rua em Salvador/BA: reflexões através do Quilombo Urbano da Gamboa de Baixo. *Psicologia para América Latina*.
- Programa Corra Pro Abraço. (2020). Boletim De Conjuntura (BOCA), 5(14), 09–20.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.4506472>
- Prefeitura de Salvador. (2022, 10 de outubro). Pontos da Cidadania levam serviços para população em situação de rua. Secretaria de Comunicação Prefeitura de Salvador.
<https://comunicacao.salvador.ba.gov.br/pontos-da-cidadania-levam-servicos-para-populacao-em-situacao-de-rua/>
- Rocha, F. C., & Oliveira, P. R. S. (2020). Psicologia na rua: delineando novas identidades a partir do trabalho com a população em situação de rua. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 15(1), 1-18.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000100006
- Sandal, H., Queiroga, F., & Gondim, S. M. G. (2022). Quem somos? Caracterizando o perfil das (os) psicólogas (os) no Brasil. In Conselho Federal de Psicologia (Ed.), *Quem faz a psicologia brasileira? : um olhar sobre o presente para construir o futuro: formação e inserção no mundo do trabalho* (Vol. I, pp. 13-29). Conselho Federal de Psicologia.
- Silvestrin, D., Kuhnen, A., & Tribéss, B. (2019). Contribuições da psicologia ambiental para promoção de saúde de pessoas em situação de rua. *12(3)*, 583-590.
<https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n3p583-590>
- Spink, M. J. (2006). *Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos* (9ª ed.). Vozes.
- Secretaria de Promoção Social, Combate à Pobreza, Esporte e Lazer (SEMPRE) & Projeto Axé. (2023). *Sumário executivo de pesquisa: mapeamento, contagem e caracterização da população em situação de rua em Salvador*. ISBN 978-65-992797-3-7.
<https://sempre.salvador.ba.gov.br/vida-nova/censo-da-populacao-em-situacao-de-rua/>

- Vale, A. R., & Vecchia, M. D. (2019). O cuidado à saúde de pessoas em situação de rua: possibilidades e desafios. *Estudos de Psicologia*, 24(1), 42-51.
<https://doi.org/10.22491/1678-4669.20190005>
- Curvo, D. R., Matos, A. C. V., Sousa, W. de L., & Paz, A. C. A. da. (2018). Integralidade e clínica ampliada na promoção do direito à saúde das pessoas em situação de rua. *Cadernos Brasileiros De Saúde Mental Brazilian Journal of Mental Health*, 10(25), 58–82. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v10i25.69614>

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as lacunas existentes no currículo de graduação em psicologia e o fato da identidade profissional das psicólogas ser embasada, majoritariamente, em um modelo clínico e individualista, o presente estudo buscou apropriar-se de uma atuação pouco comum. O objetivo dessa pesquisa foi analisar como as psicólogas contribuem para a promoção do cuidado da população em situação de rua (PSR) a partir dos serviços de saúde na cidade de Salvador (BA).

O contexto da PSR, em Salvador, não é muito diferente de outros grandes centros urbanos, marcado por diversos processos de violência, exclusão social e criminalização. Por conta disso, essas pessoas estão mais suscetíveis a diversas doenças e agravos à saúde. Além disso, o acesso aos serviços de saúde é marcado por uma série de bloqueios que remetem ao racismo estrutural presente nesses locais.

Com o fim da ditadura militar no Brasil e a criação de políticas públicas, tais como o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) houve uma expansão no campo de atuação da psicologia.

Entretanto, atuar com a saúde pública, em termos gerais, já convoca a psicóloga a um lugar desconhecido. Atuar com a PSR é um desafio ainda maior. Isso porque a rua tem especificidades que não são apresentadas nos cursos de graduação, tais como: o próprio território vivo da rua, a itinerância do *setting* terapêutico, a postura ativa da profissional em ofertar o seu atendimento e as condições de vida às quais esta população está submetida.

Em estudos anteriores sobre a temática, os autores relataram encontrar uma crise de identidade profissional, além de afirmações sobre a dificuldade em aplicar os conhecimentos

aprendidos na graduação e a dificuldade em expressar com precisão quais as teorias e intervenções realizadas. (Rocha e Oliveira, 2020; CRP – MG, 2015).

Ao longo do desenvolvimento desta pesquisa, por diferentes razões, o percurso metodológico foi alterado até obter sua configuração final. Sendo assim, a metodologia foi dividida em dois momentos. Inicialmente, com o objetivo de apresentar um panorama geral sobre os serviços de saúde voltados para a PSR foi realizada uma revisão sistemática de literatura sobre o tema. A partir disso, foi elaborado o primeiro artigo que compõe os resultados desta dissertação. Intitulado, "Ações de assistência à saúde ofertadas para a População em Situação de rua: um estado da arte", o artigo demonstra que os achados na literatura traziam, na maioria das vezes, descrições sobre os serviços de saúde oferecidos à PSR. Suas discussões abordam, constantemente, o uso de substâncias psicoativas, a tecnologia de redução de danos, além das barreiras encontradas por esta população nos serviços de saúde.

O Consultório na Rua foi citado em diversos estudos como uma tecnologia importante para o acesso da PSR a diversos direitos. Assim, nesta etapa do trabalho, conclui-se que é urgente pensar em uma mudança de cenário, onde a PSR consiga acessar os direitos, principalmente à saúde, sendo necessário, para isso, uma contribuição intersetorial que abarque estratégias culturais, educacionais, sociais e de saúde.

O segundo momento foi composto por uma revisão de literatura por conveniência e entrevistas semiestruturadas. As participantes da pesquisa foram seis psicólogas, isto é, duas de diferentes unidades do Ponto de Cidadania e quatro de diferentes equipes de Consultório na Rua, sendo estes, serviços de saúde que atendem a PSR. Desta etapa da pesquisa resultou o segundo artigo que compõe esta dissertação, intitulado "“Por onde você anda na cidade?”: A psicologia nas ruas de Salvador (BA)".

Neste capítulo foi possível conhecer a realidade da atuação das psicólogas nas ruas de Salvador, as tecnologias utilizadas, as potencialidades e os desafios que essas profissionais identificam. Após a transcrição, as entrevistas foram analisadas à luz da análise do discurso (Minayo, 2002) e três categorias de análise foram construídas: A formação em psicologia, Tecnologias do cuidado e Atuação – *quefazer* – das psicólogas nas ruas.

Assim, foi possível concluir que as psicólogas entrevistadas não demonstraram algum tipo de crise de identidade profissional ou insegurança na sua atuação, embora a maioria delas tenha apontado limitações na formação. Com o trabalho centrado nas tecnologias leves,

reconhecendo a limitação da psicologia, utilizando-se, também, de outros referenciais teóricos, as profissionais transmitem segurança ao afirmarem a sua identidade de psicóloga na rua.

Destaca-se a limitação temporal e local do presente estudo e sugere-se que novas pesquisas sejam feitas ao redor do país para que possamos aprofundar ainda mais a discussão acerca do tema, assim como colaborar para o processo formativo de novas profissionais e para a melhoria da atuação profissional e, conseqüente, para o atendimento à população.

8. REFERÊNCIAS

- Aguiar, W.M.J. (2015). A pesquisa em psicologia social sócio-histórica: contribuições para o debate metodológico. In Bock, A.M.M., Gonçalves, M.G.M., Furtado, O. *Psicologia sócio-história – Uma perspectiva em psicologia* (6 ed.,pp. 157-171). Cortez.
- Almeida, S. L. (2018). *O que é racismo estrutural?*. Letramento.
- Alves, A. F. S., Rocha, R. V. d. S., & Rodrigues, I. L. S. (2020). “Diz em que cidade que você se encaixa, cidade alta ou cidade baixa?”: gentrificação e a população em situação de rua de Salvador/BA. *Boletim de Conjuntura*, 4(12), 114–130. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4281458>.
- Alves, J. B. de B. B., Brandão, I. de A., Caldas, P. S., Rodrigues, I. L. S., & Brasil, S. A. (2021). Redução de danos e saúde mental: o trabalho com a população em situação de rua no contexto da pandemia da COVID-19. *Práticas E Cuidado: Revista De Saúde Coletiva*, 2, 1-20. <https://www.revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/13156>.
- Baró, I.M. (2006). Hacia una psicología de la liberación. *Psicología sin Fronteras*, 2, 7-14. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2652421.pdf>
- Calmon, T. V. L. (2020). As condições objetivas para o enfrentamento ao covid-19: abismo social brasileiro, o racismo, e as perspectivas de desenvolvimento social como determinantes. *Revista NAU Social*, 11(20), 131-136. <https://doi.org/10.9771/ns.v11i20.36543>.

- Campos, Ana Cristina. (2022, 17 de novembro). Negros são maioria dos mortos em ação policial - É o que diz pesquisa da Rede de Observatórios da Segurança. Agência Brasil. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2022-11/negros-sao-maioria-dos-mortos-em-acoes-policiais>.
- Carvalho, E. L., Santiago, T. da S. C., Rocha, R. V. de S., & Rodrigues, I. L. S. (2021). Psicologia social comunitária e saúde da população em situação de rua: vivências da psicologia à redução de danos. *Boletim De Conjuntura (BOCA)*, 6(18), 13–25. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4784681>.
- Carvalho, M.A.C, Santana, J.P., Vezedek, L. (2017). *Cartografias dos desejos e direitos: Mapeamento e contagem da população em Situação de Rua na cidade de Salvador, Bahia, Brasil*. Projeto Axé. http://www.projetoaxe.org/brasil/axemedia/sumario_executivo_cartografia_desejos_di_reitos_mapeamento_contagem_pop_Rua/
- Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>.
- Conselho Regional de Psicologia Minas Gerais. (2015). *A psicologia e a população em situação de rua: novas propostas, velhos desafios*. <https://redeassocialpg.files.wordpress.com/2016/01/a-psicologia-e-a-populac3a7c3a3o-de-rua.pdf>
- Cunha, J.V.Q. & Rodrigues, M. (2009). *Rua Aprendendo a Contar. Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf
- De Antoni, C. & Munhós, A. A. R. As violências institucional e estrutural vivenciadas por moradoras de rua. *Psicologia em Estudo*, 21(4), 641-651. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v21i4.31840>.
- De La Corte, I. (2000). La psicología de Ignacio Martín-Baró como psicología social crítica: Una presentación de su obra. *Revista de Psicología Geral y Aplicada*, 53(3), 437-450.
- Decreto Nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. (2009). Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento

- Monitoramento, e dá outras providências.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm.
- Dias, M. S. L. (2020). O legado de Martin-Baró: a questão da consciência latino-americana. *Psicologia para América Latina*, (33), 11-22.
<https://pepsic.bvsalud.org/pdf/psilat/n33/a03n33.pdf>
- Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de psicologia*, 5(1), 95-121. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2000000100006>.
- Figueiredo, A. C. (2012). Os Pppês: Profissionais “Psi” nos Serviços De Saúde Mental. In Jáco-Vilela, A. M., Ceezzo, A.C. & Rodrigues, H. B. C. (Orgs.), *Clio-Psyché hoje: fazeres e dizeres psi na história do Brasil*. (pp. 107 – 123). Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Flach, P. M. V. (2019). *Experiências de sofrimento social e movimentos de resistência entre trabalhadores e gente de rua (usuários de álcool e outras drogas), na praça das duas mãos – Salvador-Bahia* [Tese de Doutorado, Universidade Federal da Bahia]. Repositório Institucional da UFBA. <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/32203>.
- Gondim, S.M.G., Bastos, A. V.B., Peixoto, L.S.A. (2010). Áreas de atuação, atividades e abordagens teóricas do psicólogo brasileiro. In *O trabalho do psicólogo no Brasil: um exame à luz das categorias da psicologia organizacional e do trabalho*. (pp. 174-199). Artmed.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022, 24 de outubro). Mesmo com benefícios emergenciais, 1 em cada 4 brasileiros vivia em situação de pobreza em 2020. *Agência IBGE Notícias*. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/32420-mesmo-com-beneficios-emergenciais-1-em-cada-4-brasileiros-vivia-em-situacao-de-pobreza-em-2020>.
- Lancetti, A. (2008). *A Clínica Peripatética*. (3ª ed). Hucitec.
- Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. (2001). *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Martín-Baró, I. (1996). O Papel do Psicólogo. *Estudos de Psicologia*, 2(1), 7-27.
<https://www.scielo.br/j/epsic/a/T997nnKHfd3FwVQnWYYGdqj/?format=pdf>
- Mbembe, A. (2016). Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. *Arte e Ensaios*, 2 (32), 123-151. <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993>.

- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato* (Capítulo 2, pp. 41-66). Hucitec.
- Merhy, E.E. & Franco, T.B. (2003). Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. *Saúde em Debate*, 27 (65), 316-323. https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (12ª ed.). Hucitec.
- Minayo, M.C.S., Deslandes, S.F., Neto, O.C., Gomes, R. (2002). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade* (21ª ed.). Vozes.
- Mónico, L.S., Alferes, V.R., Castro, P.A., Parreira, P.M. (2017). A Observação Participante enquanto metodologia de investigação qualitativa. *Investigação qualitativa em ciências sociais*, 3, 724-733. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1447>
- Morais, F.R.R & Vêras, R. M. (2014). Iniciando a pesquisa baseada na etnografia institucional. In: *Introdução a etnografia Institucional: mapeando práticas na assistência à saúde*. Edufba.
- Movimento Nacional da População em Situação de Rua. (2009). População de rua: vidas e trajetórias. In Cunha, J.V.Q. & Rodrigues, M. (Orgs.), *Rua Aprendendo a Contar. Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua*. (pp.173-186). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
- Nascimento, E.P. (1994). Hipóteses sobre a nova exclusão social: os excluídos necessários aos excluídos desnecessários. *Cadernos CRH.*, (21), 29- 47. <https://doi.org/10.9771/ccrh.v7i21.18772>.
- Paixão, D. S. da, Rocha, R. V. de S., & Rodrigues, I. L. S. (2021). A psicologia da libertação e o aquilombamento da população em situação de rua em Salvador/BA: reflexões através do Programa Corra Pro Abraço. *Boletim De Conjuntura (BOCA)*, 5(14), 09–20. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4506472>.
- Pinheiro, V.S. (2014). A etnografia Institucional: notas teóricas introdutórias. In: *Introdução a etnografia Institucional: mapeando práticas na assistência à saúde*. (pp.15-25). Edufba.

- Poletto, M. & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia*, 25(3), 405-416. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000300009>.
- Portaria N° 122, de 25 de janeiro de 2011. (2011). *Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua*. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html.
- Prefeitura de Salvador. (2022, 10 de outubro). Pontos da Cidadania levam serviços para população em situação de rua. *Secretaria de Comunicação Prefeitura de Salvador*. <https://comunicacao.salvador.ba.gov.br/pontos-da-cidadania-levam-servicos-para-populacao-em-situacao-de-rua/>
- Prefeitura Municipal de Salvador, & Projeto Axé. (2023). Sumário executivo de pesquisa: Mapeamento, contagem e caracterização da população em situação de rua em Salvador. <https://sempre.salvador.ba.gov.br/vida-nova/censo-da-populacao-em-situacao-de-rua/>
- Resolução nº 40, de 13 de outubro de 2020. (2020). Dispõe sobre as diretrizes para promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas em situação de rua, de acordo com a Política Nacional para População em Situação de Rua. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/copy_of_Resolucao40.pdf
- Rocha, F.C., Oliveira, P.R.S. (2020). Psicologia na rua: delineando novas identidades a partir do trabalho com a população em situação de rua. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 15(1), 1-18. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000100006.
- Santos, C.S., Jacinto, P.M.S., Rocha, R.V.S. (2020). Cuidado em saúde mental para a população em situação de rua: Uma revisão integrativa da literatura científica. *Revista Sociedade e Ambiente*, 1(2), 121-140. <http://www.revistasociedadeeambiente.com/index.php/dt/article/view/26>.
- Sawaia, B.B. (1999). *As Artimanhas da exclusão. Análise psicossocial e ética da desigualdade social* (Capítulo 6, pp. 97-118). Editora Vozes.
- Sawaia, B.B., Pereira, A., Santos, L.M.C. (2018) Psicologia e população em situação de rua: apontamentos sobre a produção científica no Brasil. In *Afeto Comum: Reflexões sobre a práxis psicossocial*. Alexa.

- Schramm, F.R. & Araújo, E. (2017). Princípios da clínica na rua e os funcionamentos do crack. *Revista bioética*, 25 (3), 473-81. <https://doi.org/10.1590/1983-80422017253204>.
- Silvestrin, D., Kuhnen, A. & Tribéss, B. (2019). Contribuições da psicologia ambiental para promoção de saúde de pessoas em situação de rua, 12(3), 583-590. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n3p583-590>.
- Sousa A. P., Macedo, J.P. (2019). População em Situação de Rua: Expressão (Im)pertinente da “Questão Social”. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35(35510), 1-11. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35510>
- Souza, T. P. & Macerata, I. (2015). A clínica nos consultórios na rua: territórios, coletivos e transversalidades. *Ayvu Revista de Psicologia*, 1(2), 03-23. <https://doi.org/10.22409/ayvu.v1i2.22177>.
- Spink, M. J. P. (2006). Psicologia da saúde: a construção de um novo campo de saber. In M. J. P. Spink. *Psicologia Social e saúde: práticas, saberes e sentidos* (3a ed., pp. 29- 39). Petrópolis: Vozes.
- Véras, R. M. & Morais, F.R.R (2014). Coletando dados na etnografia institucional. In Véras, R.M. (Org.) *Introdução à etnografia Institucional: mapeando práticas na assistência à saúde*. (pp.41-58). Edufba.

