

Escuta, afeto e amorosidade: etnografia sobre a construção de um cuidado na rua

Listening, affection and amorousness: ethnography on the construction of care on the street

Escucha, afecto y amorosidad: etnografía sobre la construcción del cuidado en la calle

Fabiana Ferreira Koopmans^{1,a}

fabianakoopmans@gmail.com | <https://orcid.org/0000-0003-2238-5469>

Donizete Vago Daher^{2,b}

donidaher@gmail.com | <https://orcid.org/0000-0001-6249-0808>

Hermes Candido de Paula^{3,a}

hermesdepaula@gmail.com | <https://orcid.org/0000-0003-4277-4760>

Magda Guimarães de Araujo Faria^{1,c}

magda.faria@uerj.br | <https://orcid.org/0000-0001-9928-6392>

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem. Niterói, RJ, Brasil.

³ Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^a Doutorado em Ciências do Cuidado em Saúde pela Universidade Federal Fluminense.

^b Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas.

^c Doutorado em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

RESUMO

O objetivo foi identificar elementos das práticas de cuidado de duas equipes de Consultório na Rua, localizadas no município do Rio de Janeiro, Brasil. Parte-se da ideia de que práticas de saúde devem ser construídas a partir de um habitus, defendido por Pierre Bourdieu. Esta pesquisa de cunho antropológico utilizou a etnografia como método para a apreensão dos dados e a sua análise seguiu a proposta da análise de domínio. A narrativa permeou espaços de cuidado com escuta qualificada e acolhimento, com identificação de afeto e amorosidade como elementos constituintes do cuidado à população de rua. Conclui-se que o cuidado se constrói na rua, na “horizontalidade”, ao se colocar no lugar do outro, no estar junto, com acolhimento, escuta, afeto e amorosidade.

Palavras-chave: Pessoa em situação de rua; Profissional de saúde; Atenção Primária à Saúde; Etnografia; Saúde pública.

ABSTRACT

The objective was to identify elements of the care practices of two Consultório na Rua teams, located in the city of Rio de Janeiro, Brazil. It starts from the idea that health practices must be built from a habitus, defended by Pierre Bourdieu. This anthropological research used ethnography as a method for capturing data and its analysis followed the proposal of domain analysis. The narrative permeated care spaces with qualified listening and user embracement, with identification of affection and amorousness as constituent elements of care for the homeless population. It is concluded that care is built on the street, in “horizontality”, in putting oneself in the other’s place, in being together, with user embracement, listening, affection and amorousness.

Keywords: Homeless person; Healthcare professional; Primary Health Care; Ethnography; Public health.

RESUMEN

El objetivo fue identificar elementos de las prácticas de cuidado de dos equipos de Consultório na Rua, ubicados en la ciudad de Río de Janeiro, Brasil. Se parte de la idea de que las prácticas de salud deben construirse a partir de un *habitus*, defendida por Pierre Bourdieu. Esta investigación antropológica utilizó la etnografía como método de captura de datos y su análisis siguió la propuesta del análisis de dominio. La narrativa permeó los espacios de atención con escucha y recepción cualificadas, con identificación del afecto y la amorosidad como elementos constitutivos de la atención a la población en situación de calle. Se concluye que el cuidado se construye en la calle, en la “horizontalidad”, en ponerse en el lugar del otro, en el estar juntos, en la acogida, la escucha, el afecto y la amorosidad.

Palabras clave: Persona en situación de calle; Profesional de la salud; Atención Primaria de Salud; Etnografía; Salud pública.

INFORMAÇÕES DO ARTIGO

Este artigo compõe o dossiê O povo da rua: saúde, políticas públicas e comunicação.

Contribuição dos autores:

Concepção e desenho do estudo: Fabiana Ferreira Koopmans.

Aquisição, análise ou interpretação dos dados: Fabiana Ferreira Koopmans e Donizete Vago Daher.

Redação do manuscrito: Fabiana Ferreira Koopmans, Donizete Vago Daher, Magda Guimarães de Araujo Faria e Hermes Candido de Paula.

Revisão crítica do conteúdo intelectual: Fabiana Ferreira Koopmans, Donizete Vago Daher, Magda Guimarães de Araujo Faria e Hermes Candido de Paula.

Declaração de conflito de interesses: não há.

Fontes de financiamento: não houve.

Considerações éticas: a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal Fluminense e pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sob o parecer número 2.308.442, de acordo com a Resolução CNS/MS n. 466/2013.

Agradecimentos/Contribuições adicionais: não há.

Histórico do artigo: submetido: 2 maio 2023 | aceito: 19 ago. 2023 | publicado: 15 dez. 2023.

Apresentação anterior: não houve.

Licença CC BY-NC atribuição não comercial. Com essa licença é permitido acessar, baixar (*download*), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos de autoria e menção à *Reciis*. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

INTRODUÇÃO

A construção do cuidado a pessoas em situação de rua vem permeada por entraves ligados ao acesso às políticas públicas, ao acesso aos serviços de saúde e aos aspectos específicos relacionados aos profissionais de saúde que atuam nos Consultórios na Rua (CnaR). Engstrom e Teixeira (2016) destacam que esses profissionais devem cultivar, em suas práticas de saúde, o compromisso ético e político em defesa da vida, a empatia e a solidariedade – competências clínicas e relacionais necessárias para atuar com populações vulneráveis.

As equipes de Consultório na Rua (eCnaR) são formadas por diferentes profissionais, seguindo os fundamentos e as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), para atuarem, *in loco*, frente aos problemas e às necessidades de saúde da população em situação de rua. As atividades podem ser realizadas de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) – assim como aponta o Ministério da Saúde (MS) (Brasil, 2012) –, que fazem parte dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS). Ter equipes ligadas à APS, como as eCnaR, representa um significativo avanço para a construção de um cuidado humanizado, ao considerar essa população como sujeito, tendo direitos e deveres, e favorecendo, conseqüentemente, à cidadania desse grupo. Essas práticas tensionam e promovem mudanças na organização dos serviços, que se apresentam, na maioria das vezes, de forma engessada e pouco flexíveis, com a exigência de documentos, vestuário e higiene (Engstrom; Teixeira, 2016).

Diante dos aspectos éticos, humanos e técnicos que devem constituir as práticas de cuidado das eCnaR, este estudo se propôs a investigar como estes profissionais constroem as suas práticas de saúde com pessoas que moram nas ruas. Trabalhar com populações vulneráveis permeia também um propósito político, social, integral e equitativo em suas ações. Mas surge logo a questão: como produzir ações assertivas e com ganhos para esses cidadãos que têm a rua como seu território de casa? Para isso, parte-se da premissa de que suas práticas de saúde devem ser ancoradas em competências clínicas e humanas específicas que são construídas a partir de um *habitus* estruturante, construído por meio de suas práticas e relações.

Nessa premissa, o *habitus* das eCnaR, objeto desta presente reflexão, apoia-se na categoria *habitus* defendida por Pierre Bourdieu (1983, 1996). Bourdieu advoga que as estruturas sociais, inseridas em determinadas condições sociais e históricas, “moldam” os corpos dos indivíduos, introjetando-lhes valores, significados e condutas, construindo seu mundo social e suas práticas. O *habitus* sofre influência do meio, e, em meio ao processo institucional, as práticas tendem a reproduzir certas regularidades devido aos esquemas criados pelas variadas influências (Bourdieu, 1983).

Percebe-se que as concepções de cuidado desses profissionais frente às necessidades de saúde das pessoas em situação de rua sofrem influências de mediações culturais e sociais, como proposto por Bourdieu (1983, 1996), ao trazer elementos essenciais que arquitetam as práticas de cuidado das eCnaR. Tomando isso como base, a pergunta deste estudo foi: que elementos ligados ao *habitus* dos profissionais das eCnaR são acessados para a efetivação das suas práticas de cuidado?

O objetivo deste estudo foi identificar, através de narrativas, elementos das práticas de cuidado de duas eCnaR, localizadas no município do Rio de Janeiro, Brasil.

MÉTODO

Esta pesquisa de cunho antropológico utilizou a etnografia como método para a apreensão dos dados. Uriarte (2012) nos ensina que o trabalho de campo deve ser realizado através de uma imersão, para garantir um fazer etnográfico, não sendo apenas uma metodologia ou uma prática de pesquisa, mas a própria teoria vivida. Geertz (2008) afirma ainda que as narrativas buscam a descrição da interpretação de cada indivíduo, trazendo à cena as coisas, os acontecimentos, os fatos, os fenômenos, todos permeados pela

cultura. Dessa forma, a escolha pela etnografia deu-se pelo próprio questionamento do estudo, pois para se apreender os elementos ligados ao *habitus*, nas práticas dos profissionais, foi necessário fazer uma imersão com observação direta dos participantes do estudo com os nativos da rua.

Esta pesquisa se ancora na abordagem teórico-metodológica de Pierre Bourdieu (2015), que propõe a categoria *habitus*, esta que se constrói pelas afinidades entre os comportamentos dos sujeitos, as suas estruturas e os seus condicionantes. Constituem, assim, disposições incorporadas pelos sujeitos sociais ao longo do seu processo de socialização, integrando as experiências passadas, as percepções, as apreciações e as ações realizadas.

Essa etnografia foi realizada com profissionais de duas eCnaR, localizadas na Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro. Foi constituído, assim, um grupo de 17 participantes de várias categorias da área da saúde: médicos, enfermeiros, psicólogos, dentista, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, técnico de higiene bucal, terapeuta ocupacional e agentes de rua. O trabalho de campo teve duração de nove meses em cada uma das equipes, totalizando mais de um ano e meio no campo da pesquisa, entre 2017 a 2019. As idas aos campos eram quinzenais, com duração de aproximadamente seis horas em cada um deles.

O processo de reflexividade do pesquisador durante todo o trabalho de campo foi fundamental para a compreensão do conjunto de dados, como acontece em vários outros trabalhos etnográficos (Minayo; Guerriero, 2014).

A pesquisa foi realizada por meio de observação etnográfica direta, por entrevistas e mediante a aplicação de um questionário sobre as interações dos profissionais de saúde com a população em situação de rua. Os materiais utilizados na pesquisa etnográfica foram: diário de campo, utilizado no acompanhamento das equipes tanto nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) quanto nas atuações nas ruas; roteiro de entrevista semiestruturada, construído pelos pesquisadores e aplicado em momentos estabelecidos com os profissionais; e questionário semiestruturado, que foi entregue aos profissionais no início da pesquisa.

Com o intuito de preservar as identidades dos participantes, e atendendo aos preceitos éticos, as transcrições das entrevistas adotaram a seguinte dinâmica: cada entrevistado recebeu um código E, de entrevistado de uma das equipes, e um código ER para os entrevistados da outra equipe, seguidos do número correspondente à ordem do entrevistado. Assim, a identificação pessoal de cada profissional foi preservada, e eles foram representados por E1 até E9 e ER1 até ER8. Entretanto, como este artigo se configura como um dos produtos derivados de uma tese de doutorado, traz somente parte dos dados analisados, não apresentando todos os entrevistados.

A análise dos dados seguiu a proposta da análise etnográfica de domínio (Spradley, 1980), que busca, através de suas notas de campo, identificar padrões culturais, que constituem categorias de significado. Esses domínios, que constituem as categorias de significados culturais, foram discutidos a partir do conceito de *habitus* atendendo ao objetivo da pesquisa.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução n. 466/2013 do Conselho Nacional de Saúde, sob o parecer n. 2.308.442.

RESULTADO E DISCUSSÃO

3.1 Cenas iniciais: espaços de cuidado na rua com escuta qualificada e acolhimento

A narrativa etnográfica permeou dois cenários de UBS, localizadas em dois bairros da Zona Oeste: Santa Cruz e Realengo, ambos no município do Rio de Janeiro. A unidade de saúde de Santa Cruz, localizada em área de grande vulnerabilidade social, classifica-se como Unidade Mista de Saúde (UMS), com serviços de Atenção Primária e Secundária. A unidade de saúde de Realengo, que constitui uma Clínica da Família,

classifica-se como um serviço de Atenção Primária, de acordo com o município. Ambas as unidades estão localizadas próximas à linha do trem que corta a cidade, área onde vivem pessoas em situação de rua.

As práticas profissionais de cuidado à população de rua acontecem tanto nas UBS como nas ruas, dentro de um território adscrito. Em uma das equipes, durante o acompanhamento das reuniões semanais, as discussões se centraram na necessidade de redefinição de território, nas demandas dos usuários e no planejamento das rondas, que era uma prática de cuidado direto na rua. O processo de trabalho era, desse modo, redefinido também através das demandas apresentadas, buscando dinamicidade e resolutividade.

Havia uma nomenclatura própria para definir os trabalhos realizados nas ruas. Em Santa Cruz, a equipe utiliza a palavra “ronda”. Em Realengo, a equipe utiliza o termo “abordagem”, também expressando as visitas realizadas na rua. Essas nomenclaturas eram dadas e formuladas pelas próprias equipes, e os dois termos significavam as práticas de saúde realizadas na rua. Entretanto, havia um diferencial entre os processos de trabalho: em uma das equipes, as visitas ocorriam duas vezes na semana; na outra, as visitas podiam ocorrer todos os dias. Isso se dava por conta da disponibilidade de veículo para a realização das práticas de cuidado na rua.

Nas observações diretas das consultas realizadas pelos profissionais de saúde, os atendimentos ocorriam em salas particulares com vidro, criando um ambiente de privacidade. O que era vivenciado, em ambas as equipes, permeava um cenário de escuta, afeto e acolhimento, com grande interação entre as equipes e essas pessoas. A maioria das demandas, segundo relatos, era ligada ao teste de vírus da imunodeficiência humana (HIV), ao tratamento de tuberculose e à busca por documentos de identificação pessoal.

Outro espaço no qual uma das equipes desenvolvia as práticas de cuidado era em um abrigo de pessoas em situação de rua no mesmo território da unidade. Este espaço é considerado uma Unidade Municipal de Reinserção Social, criada em 2010 como um equipamento social especializado em adultos em situação de vulnerabilidade, para atender às demandas de pessoas que se encontram nas ruas. As demandas de saúde da população desse abrigo eram atendidas e acompanhadas pela eCnaR (Paula *et al.*, 2018).

Em relação à infraestrutura para a efetivação das práticas, ambas as equipes tinham salas pequenas para promover consultas e cuidados – elas serviam como consultório e local de articulação das equipes. Foi providenciado também, na unidade de saúde, para ambas as equipes, uma sala de reunião para as atividades coletivas, como treinamentos, discussões de casos, entre outras atividades. Nas observações etnográficas, durante as reuniões e/ou os encontros das equipes, ambos os grupos contaram com a presença de um apoiador – um profissional da prefeitura cujo objetivo era apoiar as equipes e favorecer às ações de saúde realizadas por ambas.

As práticas na rua eram construídas de acordo com o problema identificado e com o morador de rua. Todas as ações eram problematizadas e pactuadas de forma longitudinal. Com isso, um elemento essencial que apareceu na fala de uma das agentes de saúde foi a ‘escuta’. Por mais que exista uma ansiedade para que algo aconteça, nesse cuidado, faz-se fundamental escutar o outro e estar com ele. A condição de quem está na rua impõe ao profissional de saúde uma escuta muito sensível:

Eu acho que é isso: escuta... ver qual a necessidade que eles têm... às vezes não é só nossa, às vezes... porque a gente fica ansioso... a nossa ansiedade é: tem que tirar da rua, ele precisa de muita coisa, mas a gente tem que colocar os pés no chão e olhar para o outro e falar: “O que que você quer, né?”. Eu acho que é isso, a gente fica muito no automático dentro de clínica. Só que na rua é diferente. E a gente tem que se adaptar a isso, por isso que eu falo: é muito leve, não é tão fechadinho, né? Quando você tá dentro de uma clínica. Por isso que eu falo: é isso, o trabalho é esse, a gente consegue fazer muita coisa com eles. Guarda a ansiedade, porque a população de rua às vezes anda um metro e volta dois, mas a gente tem que sempre estar junto com eles. É isso aí, estar junto com eles o tempo inteiro. (ER1)

Esses momentos foram de grande relevância para a pesquisa, pois forneceram elementos do *habitus* individual e coletivo dos profissionais. Percebeu-se uma certa uniformidade entre as percepções e as falas dos profissionais, mesmo com formações profissionais e experiências anteriores distintas. Os compromissos ético e humano, a sensibilidade, a escuta, o afeto e a amorosidade se fizeram presentes em todos os momentos, e o propósito coletivo era a construção de um cuidado singular e resolutivo. A todo momento eles falavam que não havia uma distinção no cuidado, que antes os profissionais não os viam como eles realmente eram, que eram enxergados somente pela condição em que se encontravam:

Eu acho que o que foi melhor nessas nossas estratégias foi essa questão mesmo do cuidado, da gente olhar pro outro sem olhar somente o usuário de droga, né? Porque é o grande público que a gente tem trabalhado hoje em dia. Se a gente não olhasse isso, desde o início [...], eu acho que isso seria uma barreira muito grande. É aquilo que eu te falei, a gente começou a ver o outro, não só a condição que ele estava ali, né? (ER3)

Constatou-se que o fazer em saúde, ou seja, as práticas de cuidado voltadas para essas pessoas, vêm permeadas pela rua, se constroem e reconstroem na rua. É como dizem os próprios profissionais – “A rua já é dada”. Por mais que as equipes agrupassem profissionais de formações e existências distintas, eram todos muito parecidos na forma de construção de suas práticas em saúde, demonstrando a existência de um *habitus* profissional:

Com a população em situação de rua já é diferente, porque a rua já é dada para ela... Então, você tem que trabalhar agora com uma proposta em saúde cuidando do sujeito, por mais que você veja, tenha uma visão holística do espaço onde ele está, do cuidado que ele possa ter na rua [...] você vai ter uma escuta qualificada, e aí, dependendo da escuta qualificada, você vai trabalhar com a redução de danos. E a redução de danos não é somente para álcool e drogas, é para outras questões, questões de sexo, alimentação, quando tem alimentação. Então, essa proposta diferencia um pouco, porém é o mesmo carro-chefe. (ER5)

O CnaR configurou-se como um serviço analisador das práticas de saúde, pois trabalha a partir das demandas da rua. Para Vargas e Macerata (2018), toda a gestão do processo de trabalho se realiza por demandas construídas na relação entre a dinâmica das equipes e o território. Essa forma de gestão de cuidado demonstra o processo de construção do *habitus* específico desses profissionais, confirmado com as falas sobre a “escuta qualificada” e sobre a questão de que “a rua já é dada”. Esses fatos demonstraram que para trabalhar com a população de rua é necessário compreender as minúcias desse território.

Se o *habitus* se constitui num sistema de disposições – de modos de perceber e sentir, de fazer e pensar –, isso nos leva a agir diante de determinada forma em uma circunstância (Bourdieu, 1996). Esse fazer e pensar sobre como “é a rua” e como construir uma “prática na rua” faz parte do *habitus* desses profissionais do CnaR.

Em ambas as eCnaR foi possível realizar uma série de ações, como: o acolhimento ao usuário por livre demanda, a avaliação em saúde mental, o cadastro dos moradores na rua, a busca ativa, a atividade de promoção à saúde e de prevenção de doenças – através de orientações e palestras –, o mapeamento de território e principalmente a facilitação do acesso a outros serviços, com equidade. As atividades eram construídas com a equipe, pela equipe e com os usuários, a partir dessa escuta. A forma como as atividades foram construídas chamou a atenção:

Às vezes, eles não têm nada, nada da parte da saúde, mas você conversa com eles [e eles] saem dali felizes, te agradecem. Acho isso muito legal, a escuta, a escuta que a gente tem que ter com o paciente, você fica ali 15 minutos, 20 minutos com eles, você vê que ele fica feliz de você estar ali escutando. (E4)

O acolhimento se constituiu como estratégia de inserção do usuário no SUS, uma vez que muitos que chegam ainda não tinham cadastro. Nesses casos, o agente preenchia uma ficha com os dados pessoais, e mesmo sem documentação a pessoa passava a ter um acesso ao sistema de saúde. Essa estratégia de atuação foi um facilitador também nas ruas, principalmente quando as equipes encontravam pessoas que precisavam de atendimento de saúde e não o procuravam por não ter um documento – por vezes até tentavam obter a documentação, mas não conseguiam. As eCnaR, de certa forma, se apresentavam como um facilitador do acesso ao cuidado.

As disposições que fazem parte da construção do *habitus* são plásticas e flexíveis, adquiridas pela interiorização das estruturas sociais, internalizadas através de rotinas corporais e mentais inconscientes, permitindo agir sem pensar (Bourdieu, 1996). Dessa forma, pode-se explicar esse agir singular do profissional com a população de rua. A postura do profissional com comprometimento, sensibilidade, escuta e afeto modela as práticas, e estas se corporificam como *habitus*.

3.2 Cenas de cuidado: afeto e amorosidade como elementos constituintes do cuidado na rua

Havia um grupo grande de oito moradores de rua, todos em frente a um banco. Os profissionais conheciam todos eles, menos um, que se encontrava coberto. Havia um brilho nos olhos das pessoas, quando encontravam as equipes. Outros moradores foram se aproximando de uma equipe, queriam conversar, falar de outras pessoas que sumiram e não sabiam aonde tinham ido.

A equipe começou conversando com um deles. Duas profissionais se sentaram no mesmo colchão desse morador de rua e começaram a fazer algumas perguntas. Ele estava deitado, com semblante triste, olhos marejados, bem emagrecido, era um homem negro em torno de 30 anos, fala mansa. De todos, ele era o que se apresentava mais limpo e organizado. Elas falaram com ele de forma respeitosa, ficaram na mesma linha da altura, de forma a favorecer o olho no olho, vendo, sentindo e ouvindo o que ele tinha a dizer. Percebiam o sofrimento alheio, com muita sensibilidade se envolviam com as demandas dele. O afeto estava presente nesse cuidado.

O morador que estava coberto, deitado num colchão no chão junto ao grupo, parecia dormir. Mas, naquela tarde fazia calor, dia quente de final de inverno, com uma pequena brisa, que de certa forma aliviava um pouco o calor. A equipe perguntou quem era e logo responderam que era novo, que parecia doente. Quem falava dele era outra moradora de rua, bem articulada e falante, que vendia balas em frente ao banco. Ela disse que era casada, mas afirmava que não fazia sexo, pois não gostava de fazer na rua. Então, não aceitou a camisinha oferecida pelas profissionais de saúde. Percebeu-se um grande vínculo dela com a equipe. Ela conhecia muito bem o grupo e de certa forma cuidava deles. Ela contou que tentou levar o “morador novo” para uma unidade para atendimento, mas ele não quis ir. No contato da equipe com ele, perceberam que estava com febre e precisava ser atendido em uma unidade de saúde. Logo começaram a se articular para levá-lo à unidade mais próxima. A abordagem termina com a equipe levando este morador novo para a unidade. A articulação ocorreu pelo próprio celular de uma das profissionais.

O cuidado foi construído na “horizontalidade”, o sentar junto, no mesmo colchão, olhar nos olhos, chegar perto para entender o que falava – foram momentos de amorosidade. Nesse dia, pelo menos duas pessoas chegaram e se aproximaram da equipe e a parabenizaram pelo trabalho. O afeto era percebido não somente pelo pesquisador, mas pelas pessoas que circulavam no centro do bairro.

Em ambas as equipes ficavam nítidos, durante o desenvolvimento de suas práticas nas visitas na rua, o afeto e a amorosidade, que se apresentavam nos detalhes: nos momentos de olhar nos olhos, na atitude de se sentar ao lado da pessoa na rua, no interesse em saber o porquê de não estar tomando a medicação, o porquê de não querer ir para o abrigo, de saber como se encontravam, de saber o porquê de eles estarem na rua, sem pré-julgamentos. Essas cenas eram constantes.

Amorosidade consiste num dos princípios das práticas de saúde orientadas pela perspectiva teórico-metodológica da Educação Popular (EP). Como apontam Cruz, Carvalho e Araújo. (2018), amorosidade constitui-se num dos princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde (PNEP-SUS), e ainda existem poucas sistematizações de experiências e de aprofundamentos teóricos sobre esse princípio, seus caminhos, obstáculos e expressões na prática. A amorosidade é trazida para a saúde como a constituição de um agir crítico, compromissado e humanizador do trabalho em saúde, contribuindo para o fazer profissional, particularmente para aqueles impostos pelo olhar tecnicista. Nessa perspectiva, o conceito de amorosidade foi trazido para as práticas em saúde vivenciadas durante a pesquisa. O fazer técnico das práticas de saúde se tornava mais humano com a amorosidade.

O conceito de afeto vem das discussões na área da saúde sobre o acolhimento. Scholze, Duarte Junior e Silva. (2009) dizem que o afeto é trazido para permear a empatia do profissional, através do autoconhecimento e da capacidade de identificar demandas verbais e não verbais, explícitas ou contraditórias, do sofrimento do outro. O afeto está presente na empatia, na escuta qualificada e na identificação do sofrimento alheio. As rondas não se configuravam em práticas de recolhimento, mas em práticas de acolhimento, de escuta, de estar junto.

Conforme as pessoas em situação de rua vão ocupando os logradouros públicos e privados, começando a dormir nas calçadas de comércio e bancos, nos centros urbanos, essa cena vai se naturalizando e ao mesmo tempo começando a passar despercebida. Quem para e reflete sobre aquelas pessoas deitadas em pleno meio-dia de uma quarta-feira, em um local muito movimentado? Quem pergunta se precisam de algo?

Durante a incursão etnográfica, notou-se que, quando a equipe chegava a um local desse tipo, os transeuntes que passam regularmente por aquele local e por aquelas pessoas paravam para assistir à cena. Os profissionais eram logo identificados pelos jalecos brancos que utilizavam, e a forma tranquila com que abordavam as pessoas também era notada. Isso foi percebido junto às equipes, em todos os locais em que elas atuavam nas ruas. As pessoas ao redor paravam para ver o que os profissionais faziam ali, com ar de surpresa e de curiosidade. Nas falas dos profissionais ficou nítida a questão da invisibilidade dos moradores de rua, que eram visibilizados quando havia a atuação do CnaR:

Eu não sei se é a carência deles, tá na rua [...] porque eles são um pouco invisí... eles acham que são invisíveis... quando a gente chegou até eles, eles disseram: “Nossa, isso nunca aconteceu aqui nessa área. A gente achou que [...] as pessoas não se preocupavam com a gente, né?” (ER4)

A “invisibilização social” da população em situação de rua também foi outro conceito que apareceu nessa etnografia, sendo uma constante em vários trabalhos sobre população de rua. A invisibilidade adotada aqui permeia o que Delfin, Almeida e Imbrizi. (2017) defendem, ao afirmar que há um jogo de sombra e luz e que os sujeitos/grupos se tornam invisíveis, à medida que outros elementos são visibilizados.

Para o cuidado ser efetivo, há de se construir uma relação a partir da necessidade do outro. De certa forma, uma das necessidades mais presentes da pessoa que se encontra na rua é se tornar visto. Para ser visto, precisa se sentir cidadão, e para isso é necessário se ter um documento. Assim, essa demanda, a solicitação de documentos, se mostrou grande. Não ter um documento de identidade é ser invisível, não ter uma identidade como pessoa.

Ter um documento é trabalhar com a emancipação do sujeito, torná-lo visível, um cidadão. Dessa forma, garantimos também a resolutividade, que se dá nessa relação de vínculo e de confiança entre o sujeito e o profissional:

A entrega do cartão do SUS acho um ponto muito interessante, porque eles ficam no meio da rua, não têm um documento, não têm nada. (E4)

A busca ativa de estar ali sempre se fazendo presente, tentando de alguma forma, de todas as formas possíveis, né?, dar aquele resultado positivo pra demanda que a gente encontra, a busca ativa acho que é uma das mais importantes, apesar da precariedade que a gente tem pra fazer essa busca. (E6)

Esse tipo de cuidado foi observado em vários momentos. Tanto na vida quanto na morte da pessoa que se encontrava na rua, ter um documento é sentir-se importante. Em uma observação na sala de espera dos consultórios de atendimento da equipe de Santa Cruz, o diálogo entre uma profissional da limpeza e a agente da saúde exprimia essa relevância. Elas conversavam sobre um morador de rua que conheciam e que veio a falecer na UPA. Sentiam muito por ele ter sido enterrado como indigente e por não terem conseguido fazer contato com a família.

Essa questão era sempre uma vertente que permeava as conversas. No acompanhamento das equipes, havia sempre a solicitação de documentos e as discussões em torno da procura de algum familiar. Os profissionais contavam que muitos não se lembravam do seu nome verdadeiro e que outros não queriam dar o nome por problemas na justiça. Os relatos sobre a busca da família permeavam as conversas com as equipes, impactava os profissionais que, de certa forma, atuavam como “investigadores” das famílias:

O que me chamou mais atenção, em matéria de cuidado do paciente ou matéria de escuta? Porque, assim, eu fico meio sensibilizada, às vezes, quando você para pra ouvir uma pessoa em situação de rua e ela relata que tem família, aquilo ali pra mim foi impactante, porque você fica pensando, assim, como é que uma pessoa que tem família tá numa situação dessa? [...] E é muito gratificante pra mim também, me deixa muito feliz, que é quando você encontra alguém em situação de rua e consegue colocar ela de novo dentro da família dela. Então, é um pouco diferente, né?, de um trabalho pra outro. (E5)

Ter um documento é necessário até no caso de morte, no recebimento de algum benefício. Isso era explicado às pessoas que se encontravam nas ruas que não tinham documentos havia anos; muitos queriam mudar, ter um documento, ter um benefício, já que, para eles, não ter documento é ser invisível para a sociedade.

Para Hallais e Barros (2015), Kertesz *et al.* (2014) e O’Connell *et al.* (2010), o desafio do cuidado perpassa o rompimento dessa “invisibilidade” da população em situação de rua para que sejam dadas condições reais da participação dessas pessoas na sociedade, refletindo, por exemplo, sobre os vários processos que estão inerentes ao seu movimento de estar na rua. O cuidado não vem somente do escutar o outro, mas, sim, de tornar o outro um cidadão e o protagonista de sua vida. Isso se dá sobretudo na participação da pessoa em situação de rua no cuidado junto ao profissional. O sujeito é inserido no seu próprio processo de saúde, o que possibilita trazê-lo para a articulação e a formulação de seu próprio cuidado.

A presença das eCnaR tornava o sujeito que está na rua mais conhecido dentro e fora das UBS:

[...] e a gente começou a pegar esses moradores e inserir eles dentro das clínicas [...] eles passaram a ser mais conhecidos dentro das clínicas, as pessoas começaram a atender eles melhor [...] Quando se fala: “Ah, eu sou morador de rua”, mas, quando é do Consultório na Rua, aí as pessoas já tratam eles diferente. Eles sempre falam isso pra gente. Eu achei muito interessante isso, o cuidado que eles chegam agora na clínica... Às vezes, eles chegavam gritando: “Não, eu sou do Consultório na Rua”; “Eu sou cliente

do Consultório na Rua”; “Sou paciente”, aí eles já vêm diferente. As pessoas ali dentro da clínica dizem: “Oh, tem um paciente de vocês aqui, tá precisando aferir”. Se não pode atender, a gente cuida dele, depois a gente, no outro dia, vai lá perguntar se tá tudo bem, se conseguiu resolver o problema. (ER4)

Transformar o invisível em visível, garantir acesso aos serviços e aos cuidados em saúde, ajudar a garantir documentos que os identifiquem como cidadãos são fatores ligados à amorosidade na área da saúde. Se a amorosidade está ligada ao agir crítico, compromissado e humanizado como aponta Scholze *et al.* (2009), as práticas construídas com as pessoas que vivem nas ruas estavam repletas desse constituinte, que era a amorosidade.

Dessa forma, como relatam Ferreira, Rozendo e Melo (2016), o CnaR atua como suporte social, de afeto e de perspectivas de mudanças, trazendo melhorias nas condições de saúde e de vida, através do vínculo e do diálogo com a população de rua. Esses detalhes explicam e explicitam o *habitus* profissional. Não é comum um profissional se sentar ao lado de um paciente, muito menos no mesmo colchão que se encontra na rua. O olhar nos olhos pode ser uma característica específica e essencial para o cuidar de quem vive na rua.

Por mais que entendamos que todos os profissionais de saúde devam olhar nos olhos do outro que está sendo cuidado, sabe-se que nem todas as práticas de saúde se dão dessa forma. Essa característica encontrava-se internalizada nesses profissionais. Elas constituem, como diz Bourdieu (1996), de produtos de aprendizagem, de um processo que não tem mais consciência e que se expressa de forma natural. É a *hexis*, que constitui a construção do *habitus*, se apresentando como postura nesses profissionais. Lembrando que a *hexis* foi construída a partir de um *éthos*, que foi composto pelos valores em estado prático desses profissionais.

As estruturas sociais adquiridas, que interferem na prática, são constituídas pelo *éthos*, pela *hexis* e pelo *eidós*. O *éthos* vem de forma não consciente, dos valores construídos, que regem o cotidiano, como se conhecesse as regras do jogo. A *hexis* vem dos princípios interiorizados pelo corpo, como expressões corporais adquiridas; e o *eidós* está relacionado a um modo de pensar específico, como uma apreensão intelectual da realidade vivenciada (Bourdieu, 2001).

Neste trabalho, percebeu-se que o *habitus* foi introjetado, marcado pela amorosidade, pelo afeto e pela escuta, ou seja, foram processos construídos na rua e com a rua. Durante toda essa construção do *habitus*, a rua fez-se presente e necessária. Quando os profissionais trazem que o “estar na rua” foi fundamental para “estar junto deles”, logo se percebe a rua como eixo condutor da construção desse *habitus*, ou melhor, como um o espaço de moldagem do *habitus*.

Acredita-se que esta pesquisa poderá contribuir para o cuidado para com as pessoas em situação de rua, com a inclusão de ações efetivas e afirmativas nas práticas de saúde, baseadas na escuta, na amorosidade e no afeto. O estudo pode estimular a criação de propostas mais resolutivas para políticas públicas, na área da saúde coletiva, ao morador de rua. Recomenda-se o desenvolvimento de novas pesquisas sobre o tema, à medida que práticas de cuidado à população de rua forem efetivadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados desta pesquisa, considerou-se que o *habitus* dos profissionais das eCnaR se moldava pelo fazer, pelas relações e pelas normas instituídas, em um movimento de construção e reconstrução das práticas de cuidado, em uma dinâmica de fazer em saúde permeada pela rua e na rua.

Os profissionais das eCnaR, da mesma forma, que precisavam conhecer a dinâmica da rua para planejar suas ações, necessitavam também conhecer as pessoas que se encontravam na rua, reconhecer as suas relações, identificar os seus sofrimentos, para planejar as suas práticas. Dessa forma, conhecendo esse ‘outro’ e, também, a dinâmica da rua, poderiam instituir, manter e legitimar o cuidado à população de rua.

As práticas construídas por esses profissionais não foram realizadas aleatoriamente – sua construção perpassou a lógica da classificação da própria construção de *habitus* do cuidado à população de rua. A

incorporação das trajetórias anteriores desses profissionais, aliada à percepção e à leitura de mundo de cada um – com diferentes formas de compreensão e de respeito aos “invisíveis” das ruas – fez com que esse cuidado passasse a ser singular, tornando-se único no cuidado cotidiano às pessoas em situação de rua. Esse cuidado veio permeado pela escuta, expressado pelo afeto e pela amorosidade de cada profissional, de como ele se vê e se percebe no mundo, na relação com o outro e na construção das suas práticas de cuidado. O *habitus* desse profissional foi construído através do momento e de como, no coletivo e com o coletivo, foi construído o ofício do cuidado, de forma criativa e resolutive.

O cuidado se constrói na rua, na “horizontalidade”, no olho no olho, em se colocar no lugar do outro, no estar junto. O desafio atual é de construção de redes de cuidado, pois, na ausência da eCnaR, o cuidado precisa acontecer. O cuidado deve existir para além das eCnaR, com mais amorosidade e afeto, para que possam ser efetivadas essas práticas a toda pessoa que se encontra na rua.

REFERÊNCIAS

- BOURDIEU, Pierre. **A distinção**: crítica social do julgamento. 2. ed. Porto Alegre: Zouk, 2015.
- BOURDIEU, Pierre. **Meditações pascalianas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
- BOURDIEU, Pierre. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. São Paulo: Papius Editora, 1996.
- BOURDIEU, Pierre. Esboço de uma teoria da prática. In: ORTIZ, Renato (org.). **A sociologia de Pierre Bourdieu**. São Paulo: Ática, 1983. p. 46-81.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/populacao-em-situacao-de-rua/manual_cuidado_populacao_rua.pdf/view. Acesso em: 3 abr. 2023.
- CRUZ, Pedro; CARVALHO, Lucas Emmanuel; ARAÚJO, Renan Soares. Amorosidade como princípio das práticas de saúde orientadas pela educação popular: um estudo bibliográfico. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 21, n. 4, p. 608-634, out.-dez. 2018. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.16443>. Disponível em: <https://periodicos.ujf.br/index.php/aps/article/view/16443/20129>. Acesso em: 3 mar. 2023.
- DELFIN, Lucas; ALMEIDA, Lara Aparecida Machado de; IMBRIZI, Jaqueline Maria. A rua como palco: arte e (in)visibilidade social. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 29, p. 1-10, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29158583>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/DhwBJq7WQLkZ48546wFxt8d/?lang=pt#>. Acesso em: 11 abr. 2023.
- ENGSTROM, Elyne Montenegro; TEIXEIRA, Mirna Barros. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1839-1848, jun. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.0782016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/P93ybrPWRqCHtFHh4T7JkxB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2022.
- FERREIRA, Cíntia Priscila da Silva; ROZENDO, Célia Alves; MELO, Givânia Bezerra de. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, p. 1-10, ago. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00070515>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FbSMFxyKMVvyktRShXZrDHH/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 11 abr. 2023.
- GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.
- HALLAIS, Janaína Alves da Silveira; BARROS, Nelson Filice de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, jul. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00143114>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MDJ4Q8zJvCTWDHktRGyTwzC/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 11 abr. 2023.

KERTESZ, Stefan G. *et al.* Development of the Primary Care Quality-Homeless (PCQ-H) instrument: a practical survey of homeless patients' experiences in primary care. **Medical Care**, v. 52, n. 8, p. 734-742, ago. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1097/mlr.000000000000160>. Disponível em: https://journals.lww.com/ww-medicalcare/fulltext/2014/08000/development_of_the_primary_care_quality_homeless.10.aspx. Acesso em: 11 abr. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; GUERRIERO, Iara Coelho Zito. Reflexividade como *éthos* da pesquisa qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1103-1112, abr. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.18912013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DgfNdVrZzZbN7rKTSQ8v4qR/>. Acesso em: 11 abr. 2023.

O'CONNELL, James J. *et al.* The Boston Health Care for the Homeless Program: a public health framework. **American Journal of Public Health**, Washington, DC, v. 100, n. 8, p. 1400-1408, ago. 2010. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.173609>. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2009.173609>. Acesso em: 11 abr. 2023.

PAULA, Hermes Candido de *et al.* Implementation of the Street Outreach Office in the perspective of health care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, sup. 6, p. 2843-2847, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0616>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/gBxHsJXPJJsXRrKQ9cQNTFg/?lang=en&format=pdf>. Acesso em: 3 mar. 2023.

SCHOLZE, Alessandro da Silva; DUARTE JUNIOR, Carlos Francisco; SILVA, Yolanda Flores e. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na Atenção Primária à Saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 303-314, dez. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000400006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/3tTN9XGdsW7GgVTgWCXkYjf/?lang=pt#>. Acesso em: 11 abr. 2023.

SPRADLEY, James. **Participant observation**. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1980.

URIARTE, Urpi Montoya. O que é fazer etnografia para os antropólogos. **Ponto Urbe: Revista do Núcleo de Antropologia Urbana da USP**, São Paulo, n. 11, p. 1-13, 2012. DOI: <https://doi.org/10.4000/pontourbe.300>. Disponível em: <https://journals.openedition.org/pontourbe/300?lang=es>. Acesso em: 3 abr. 2023.

VARGAS, Everson Rach; MACERATA, Iacã. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. 1-6, 2018. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.170>. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49526>. Acesso em: 5 out. 2023.