

## CUIDADOS À POPULAÇÃO DE RUA: VIOLÊNCIA SIMBÓLICA COMO FATOR DIFICULTADOR DA ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE

Alêssa Cristina Meireles de Brito<sup>1</sup>

Jorgeanny Dantas de Araújo<sup>2</sup>

Bruna Alves<sup>3</sup>

Marcelo Costa Fernandes<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Discente da Universidade Federal de Campina Grande/UFCG - Cajazeiras (PB), Brasil. E-mail: iallym19@gmail.com

<sup>2</sup> Discente da Universidade Federal de Campina Grande/UFCG - Cajazeiras (PB), Brasil. E-mail: araujojorgeanny@gmail.com

<sup>3</sup> Discente da Universidade Federal de Campina Grande/UFCG - Cajazeiras (PB), Brasil. E-mail: brunaalves0117@gmail.com

<sup>4</sup> Doutor em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará/UECE - Fortaleza (CE), Brasil. Docente da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Líder do Grupo de Pesquisa Laboratório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde - LATICS / UFCG / CNPq. Cajazeiras (PB), Brasil. E-mail: celo\_cf@hotmail.com

**RESUMO DO ARTIGO:** Estudo teórico-reflexivo construído a partir dos conceitos nucleares de Pierre Bourdieu. A violência simbólica pode ser definida como violência dissimulada, pela qual são mascarados poderes peculiares e eficácia específica, porém no fundo continua sendo violência como qualquer outra e atrelada a ela há o poder simbólico, considerado invisível, sendo camuflado nas situações as quais está presente, também relacionado aos costumes da sociedade, de modo que quem sofre ou exerce o poder simbólico o faz sem mesmo perceber. A população em situação de rua pode ser considerada como uma das principais vítimas de violência simbólica, tendo em vista o estigma presente na sociedade, causado principalmente em decorrência das barreiras sociais, reforçando a invisibilidade desses indivíduos. No âmbito da saúde, a presença dessa violência se torna um fator dificultador que pode influenciar na assistência integral a ser desenvolvida pelos profissionais, principalmente se esta for direcionada à população de rua. O estigma associado à essa população é algo que permanece presente na sociedade em decorrência das vulnerabilidades sociais, variando de uma cultura a outra e constata-se que se encontra como um dos principais causadores de violência simbólica, sobretudo no que se refere ao âmbito da saúde. A violência simbólica muitas vezes passa despercebida, e embora não seja uma violência tipicamente física é de igual importância no que se refere ao que ela pode provocar. Quanto aos profissionais de saúde, fica evidente a importância do desenvolvimento de capacitações direcionadas aos mesmos, com o objetivo de desenvolver novos métodos e abordagens para se trabalhar com a população em situação de rua, como também para trabalhar a própria equipe no que se refere as questões relacionadas ao estigma.

**Palavras-chave:** violência, Pessoas em situação de rua, Assistência integral à saúde.

### INTRODUÇÃO

Os cuidados à população em situação de rua são de relevância significativa para a ampliação do acesso dessa população aos serviços de saúde, considerando-se as dificuldades enfrentadas por estes indivíduos. A violência simbólica, por sua vez, pode ser considerada como um fator dificultador para a assistência integral à saúde nesse segmento populacional, visto os preconceitos existentes na sociedade a respeito das pessoas em situação de rua que podem acabar influenciando no plano terapêutico dos profissionais de saúde.

Define-se a população em situação de rua como um grupo heterogêneo que tem em comum pobreza, quebra ou interrupção de vínculos familiares, desfiliação social proveniente da ausência de trabalho remunerado e dos cuidados dependentes ou derivados deste, sem residência regular e utilizando a rua como ambiente de moradia e sustento (BOTTI et al., 2010).

Neste sentido, as pessoas em situação de rua encontram-se vulneráveis, tendo em vista que são expostas a diversas condições precárias, enfrentando dificuldades de acesso à direitos básicos como alimentação, moradia, trabalho, higiene e saúde (Aguiar; Iriart, 2012), adquirindo como resultado disso o comprometimento de sua saúde, correndo riscos de desenvolver doenças tanto físicas quanto mentais (Silva; Frazão; Linhares, 2014), podendo isto ser não somente em decorrência da carência de direitos básicos, como também de comportamentos de risco aos quais muitos indivíduos de rua se deparam constantemente, tais como uso de álcool e drogas, prostituição, entre outros.

Cabe aos profissionais de saúde trabalhar essa população por meio de ações de assistência e promoção de saúde, de modo a tentar amenizar as vulnerabilidades as quais são expostos, considerando-se que a atenção à saúde da população em situação de rua, assim também como de qualquer outro cidadão, é de responsabilidade de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase principalmente na Atenção Básica (Brasil, 2012), ainda que o atendimento à essa população represente um desafio ao SUS por conta de sua complexidade (AGUIAR; IRIART, 2012).

Segundo a Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011, a Atenção Básica pode ser definida como um conjunto de ações de saúde, no contexto individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção de saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que influencie na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

Com o objetivo de solucionar problemas e melhorar a capacidade de resposta da população em situação de rua quanto às necessidade e demandas de saúde inerentes a esta, foram definidas na Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012, as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório de Rua, como porta de entrada dessa população aos serviços de atenção à saúde, sendo o Consultório de Rua uma ferramenta de saúde que integra a Rede de Atenção Básica e desenvolve ações de atenção psicossocial, priorizando que a assistência e o cuidado sejam desenvolvidos no próprio ambiente de rua, ao mesmo tempo em

que segue os fundamentos e diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Atenção Básica (HALLAIS; BARROS, 2015).

Embora realizadas as ações de saúde direcionadas para a população em situação de rua, seja nos consultórios de rua ou mesmo nas unidades básicas de saúde, é imprescindível que as ações sejam efetuadas com qualidade e de maneira integral. Contudo, na maioria das vezes os profissionais de saúde ao se dirigirem a determinada população, o fazem por meio de uma relação de imposição quase automática, decorrente principalmente pelos preconceitos existentes na sociedade, em especial no que se refere a higiene, escolaridade e estilo de vida (CAMPOS; SOUZA, 2013).

Diante disso, esse estudo tem como objetivo refletir sobre os cuidados à população de rua frente à violência simbólica como fator dificultador da assistência integral à saúde.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo teórico-reflexivo construído a partir dos conceitos nucleares de Pierre Bourdieu, utilizados como principal base para o entendimento a respeito de violência simbólica e como ela geralmente se manifesta no contexto de cuidado ao sujeito em situação de rua, prejudicando a assistência integral à saúde.

Estudo realizado com base na leitura crítica de textos científicos, de forma de concatenar os conceitos encontrados com o modo ao qual ele se apresenta na problemática estudada.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Antes de abordar sobre violência simbólica, deve-se compreender primeiro sobre poder simbólico, conceito este que está atrelado ao de violência simbólica. Segundo Bourdieu (2007), o poder simbólico é invisível e se encontra camuflado nas situações as quais está presente, também atrelado aos costumes da sociedade, de modo que quem sofre ou exerce o poder simbólico o faz sem mesmo perceber.

Esse poder se articula por meio métodos organizados e estruturados de dominação, de forma de se faz desnecessário o uso da força, da violência física. Quase como se por meio de persuasão, o poder simbólico se ascende e conduz os fatos a se tornarem concretos (FERNANDES, 2016).

É um poder de construção da realidade que tende a se estabelecer sob uma ordem de discursos de conhecimento. Assim, o poder se faz imperceptível por estar disfarçado por aquilo que é considerado natural no contexto social, através de um sistema simbólico de classes dominantes em que os discursos dessas são valorizados e respeitados, enquanto os de classes inferiores não, quando um poder dominante é exercido e aceito justamente por já estar estruturado como tal (BOURDIEU, 2007).

E para reforçar o poder simbólico, têm-se a violência simbólica que se encontra atrelada a ele e de acordo com Bourdieu (2010), pode ser definida como violência dissimulada, pela qual são mascarados poderes peculiares e eficácia específica considerados comuns no meio social, porém que no fundo continua sendo violência como qualquer outra. Trata-se da predominância de uma classe social sobre outra que reafirma seu poder social em uma relação de dominante e dominado.

Esse tipo de violência não se dá por meio de agressão física, mas sim um modo que agressão que geralmente se reflete em forma de coação, onde uma classe dominante procura estabelecer o que pode ser classificado como importante dentro de uma determinada cultura, tendo em vista que a cultura que tem prestígio é justamente a das classes dominantes com todos os seus valores, costumes, modos de agir considerados de maior valor devido nível hierárquico ao qual se encontra na sociedade (BRADNT, 2014).

Devido a isso, Bourdieu (2010) define violência simbólica como uma violência despercebida, que não é vista como tal, por acontecer de forma naturalizada na sociedade. Essa naturalização ocorre sob a forma de imposição de códigos e valores simbólicos de uma classe considerada superior a outra que continua a se repetir com o passar dos anos de acordo com cada cultura. E por ser vista como algo cultural, assim como no poder simbólico, ocorre a dominação da violência simbólica de modo camuflado em que os agentes envolvidos, em que tanto os que praticam quanto os que sofrem, não percebem a sua presença como uma forma de violência (CAMPOS, 2015).

A violência simbólica é, por muitas vezes, desenvolvida por instituições e aqueles que as promovem, sob o exercício da autoridade. A existência de determinadas regras e a própria forma de administração de uma instituição assim como o agir de seus funcionários pode demonstrar uma forma dessa violência, dependendo de cada classe social que será afetada por esta, sendo obviamente as classes inferiores mais vitimadas por esse tipo de violência, considerando-se que esses indivíduos geralmente são associados com baixa escolaridade e

recursos financeiros, o que ocasiona em uma visão limitada dessas pessoas para aquelas que estão lhes impondo algo (VASCONCELOS, 2002).

Assim, a violência simbólica pode ser vista como uma forma sutil de dominação e exclusão social, porém mesmo que não ocorra de forma nítida como a agressão física, não deixa de ser menos nociva como tal, pois incorporar ao indivíduo conceitos e princípios que sempre façam permanecer na posição de dominado (BRADNT, 2014).

Contudo, isso já é visível no contexto social, visto que os próprios indivíduos vitimados tendem a se comportarem da maneira como lhes é dita, justamente por terem a visão contrária a respeito de seus impositores, principalmente se estes possuírem algum tipo de credibilidade referente a uma classe social mais alta, os enxergando como superiores e assumindo uma posição inferior, quase como de modo automático. Dessa forma, tem-se a aceitação que ocorre sem qualquer coação física, mas que ainda assim exerce uma espécie de poder sobre seus alvos, o poder simbólico, diante da ausência de ações físicas (FERNANDES, 2016).

Assim, a população em situação de rua pode ser considerada como uma das principais vítimas de violência simbólica, tendo em vista o estigma presente na sociedade, causado principalmente em decorrência das barreiras sociais, reforçando a invisibilidade desses indivíduos. Diante disso, o estigma e a discriminação constituem o contrário do reconhecimento das diferenças, negando a tolerância e o respeito pelas mesmas (FERREIRA; ROZENDO; MELO, 2016).

O estigma associado aos indivíduos em situação de rua também se encontra presente no contexto da saúde, em especial na rede de Atenção Básica por ser a mais próxima dessa população. Mesmo os profissionais de saúde sabendo das condições de vulnerabilidades as quais a população de rua se encontra, também acabam mostrando certo receio em realizar o atendimento dessa população (Silva; Cruz; Vargas, 2015), principalmente se este for realizado na Unidade Básica de Saúde. Sugere-se que o receio surge a partir de quando essa população é automaticamente associada ao uso de álcool e drogas, prostituição, além da falta de higiene e esse tipo de visão limitada pode acabar prejudicando a assistência integral à saúde.

Além disso, por se tratarem de pessoas em situação de rua, esses indivíduos muitas vezes são vistos como pessoas leigas, por serem associados também à pobreza e baixa escolaridade, o que acaba contribuindo na relação de imposição profissional-paciente e, conseqüentemente, da violência simbólica. Contudo, uma pesquisa mostra que grande parte da população em

situação de rua possui alguma profissão ainda que não esteja a exercendo no momento, porém é uma informação que colabora para desfazer parte do preconceito que lhes são associados por conta de suas condições de vida (BRASIL, 2008).

A violência simbólica decorrente da relação de imposição existente entre profissional-paciente pode ser facilmente vista quando o profissional através das ações de saúde foca no problema do paciente, dando ênfase na objetividade e resolubilidade ao invés de enxergar o indivíduo como um todo. E isso pode ser visto em na maioria das classes sociais e não apenas na população em situação de rua, porém, mesmo com a presença da violência simbólica, é nítida as diferenças de tratamento de uma classe a outra (LONDERO; CECCIM; MELO, 2014).

No entanto, a resposta da maioria dessas pessoas é a mesma, considerando-se que por estarem lidando com profissionais da saúde, os indivíduos não costumam ou até mesmo preferem não questionar procedimentos que estão sendo ou serão realizados por terem em mente que não é algo de seu conhecimento e que o profissional por ser profissional permanece certo, o que reforça a visão do paciente como um ser submisso (LIMA et al., 2014).

Diante disso, considerando as vulnerabilidades as quais a população em situação de rua se encontra constantemente exposta, a atenção à saúde dirigida a esses indivíduos deve promover ações de inclusão e cuidado, de modo a manter a saúde dos indivíduos e recuperar sua responsabilidade e autonomia, com o intuito de diminuir a desigualdade e promover a integralidade, bem como ações específicas quanto ao processo saúde-doença dentro do contexto social em que estão inseridos (CAMPOS; SOUZA, 2013).

O consultório de rua deve configurar-se como principal porta de entrada da população em situação de rua na rede de serviços da Atenção Básica, atuando integralmente com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) assim como outras redes intersetoriais. A equipe de consultório na rua é uma importante ferramenta para o desenvolvimento de práticas direcionadas a essa população que devem compreender empoderamento, participação social, busca pela equidade, comunicação e educação em saúde de forma eficiente, para que assim seja possível ampliar o cuidado a esses indivíduos (Engstrom; Teixeira, 2016). Para tanto, sugere-se como necessário o emprego da educação permanente, com o objetivo de capacitar os profissionais de saúde para trabalhar com essa população de maneira ampla e qualificada.

É imprescindível que os profissionais avaliem esses indivíduos como um todo, além de trabalhar ações que vão além dos problemas geralmente associados a essas pessoas em

decorrência do estigma. Assim, o profissional deve trabalhar com ações compartilhadas e integradas de acordo com a necessidade do usuário e não apenas com o problema que ele possui no momento (BRASIL, 2008).

Dessa forma, a escuta qualificada se configura como uma importante ferramenta, considerando-se que muitos pacientes ainda que não estejam muito vulnerabilizados fisicamente por conta de alguma doença, necessitam de uma conversa que os ajude a lidar com os problemas e situações aos quais se encontram e para muitos, uma simples conversa é o bastante em determinado momento.

Além disso, devido as vulnerabilidades a que se encontram os indivíduos em situação de rua, muitos não costumam procurar os serviços de saúde regularmente, seja por não sentirem necessidade ou por conta da discriminação que sofrem no ambiente (Tilio; Oliveira, 2016), de modo que os mesmos só procuram realmente o serviço de saúde quando sentem que o agravo ao qual apresentam passa a prejudicar a sua locomoção, conseqüentemente influenciando em seu cotidiano (Campos; Souza, 2013). Portanto, é de grande relevância o estabelecimento de vínculo dos profissionais com a população em situação de rua, de modo a incentivar essa população a procurar os serviços de saúde para a manutenção de sua saúde e não apenas quando julgarem ser necessário.

## CONCLUSÕES

A violência simbólica muitas vezes passa despercebida, e embora não seja uma violência tipicamente física é de igual importância no que se refere ao que ela pode provocar. No âmbito da saúde, a sua presença se torna um fator dificultador que pode influenciar na assistência integral a ser desenvolvida pelos profissionais, principalmente se esta for direcionada à população de rua.

O estigma associado à essa população é algo que permanece presente na sociedade em decorrência das vulnerabilidades sociais, variando de uma cultura a outra e constata-se que se encontra como um dos principais causadores de violência simbólica, sobretudo no que se refere ao âmbito da saúde.

Quanto aos profissionais de saúde, observa-se a importância do desenvolvimento de capacitações direcionadas aos mesmos, com o objetivo de desenvolver novos métodos e abordagens para se trabalhar com a população em situação de rua, como também para trabalhar a própria equipe no que se refere as questões relacionadas ao estigma.

I CONGRESSO BRASILEIRO

em Violência na Perspectiva da Saúde Pública: Experiências e Desafios

CONGRESSO REGIONAL

em Violência na Velhice: Abordagem em Saúde Pública

REALIZAÇÃO:



Por último, ressalta-se a necessidade de novos estudos a respeito da temática, considerando-se que não há muitos trabalhos encontrados acerca da mesma, além de se tratar de um importante tema que merece ser melhor aprofundado, podendo também servir de auxílio aos profissionais de saúde para um melhor desenvolvimento da assistência integral direcionada à população em situação de rua.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, M.M; IRIART, J.A.B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 115-124. Janeiro, 2012.

BOTTI, N.C.L. *et al.* Prevalência de depressão entre homens adultos em situação de rua em Belo Horizonte. **J. bras. psiquiatr.** Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 10-16, 2010.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.

BRADNT, J. **Violência simbólica: uma reflexão acerca do *habitus* docente**. 39f. Monografia – Centro Universitário UNIVATES, Universidade do Vale do Taquari, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília, 2012. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília, 2008.

CAMPOS, A.G. de; SOUZA, M.P.F de. Violência muda e preconceito: estratégias de uma equipe de saúde em defesa da cidadania da população de rua. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**. V. 14, n. 3, p. 344-351, 2013.

CAMPOS, R.R. Classes sociais, consumo e violência simbólica. **Cadernos de Campo: Revista de Ciências Sociais**, n. 19, 2015.

ENGSTROM, E.M; TEIXEIRA, M.B. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1839-1848. Junho, 2016.

REALIZAÇÃO:



FERNANDES, M.C. **Identidade profissional do enfermeiro na atenção básica: enfoque nas ações de gerência do cuidado expressas nas articulações do campo e *habitus***. 157f. Tese (Doutorado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, 2016.

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

HALLAIS, J.A.S.; BARROS, N.F. de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1497-1504. Julho, 2015.

LIMA, C. A. *et al.* Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Rev. Bioét.** Brasília, v. 22, n. 1, p. 152-160. Abril, 2014.

LONDERO, M.F.P; CECCIM, R.B; BILIBIO, L.F.S. Consultation office off/in the street: challenge for a healthcare in verse. **Interface (Botucatu)**. Botucatu, v. 18, n. 49, p. 251-260. Junho, 2014.

SILVA, C.C; CRUZ, M.M; VARGAS, E.P. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 246-256. Dezembro, 2015.

SILVA, F.P; FRAZAO, I.S; LINHARES, F.M.P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 805-814. Abril, 2014.

TILLIO, R; OLIVEIRA, J. de. Cuidados e atenção em saúde da população em situação de rua. **Psicologia em Estudo**. Minas Gerais, V. 21, n. 1, 2016.

VASCONCELOS, M.D. Pierre Bourdieu: A herança sociológica. **Educ. Soc.** Campinas, v. 23, n. 78, p. 77-87. Abril, 2002.

REALIZAÇÃO:

