

Abordagem sobre as ações de saúde em Fortaleza voltadas para a população em situação de rua

Approach to health actions in Fortaleza aimed at people on the streets

Antônio Fábio Coelho Paz¹, Érika Helena Salles de Brito¹, Hylana Magalhães de Sousa¹, Jalusa Magalhães de Sousa¹, Janete Romão dos Santos¹, Maria Gleidciana Chaves Lima¹

RESUMO

A presença de pessoas nas ruas dos grandes centros urbanos faz emergir um cenário desafiador para a implementação de políticas públicas. O objetivo central deste estudo foi analisar, sob a perspectiva do usuário, a efetividade das ações em saúde voltadas para pessoas em situação de rua na cidade de Fortaleza-CE. Trata-se de pesquisa com abordagem qualitativa, utilizando entrevista semiestruturada com roteiro, aplicada a dez pessoas que estão em situação de rua há pelo menos doze meses e com idade superior a dezoito anos. Foram cinco frequentadores do Grupo Espírita Casa da Sopa e cinco do Refeitório São Vicente de Paulo. A análise foi orientada pelo método hermenêutico-dialético, sendo elencadas cinco dimensões do cuidado associadas às pessoas em situação de rua em Fortaleza, quais sejam: Higiene Pessoal; Ciclo Vigília-Sono; Alimentação e Nutrição; Corpo e Uso de Drogas; abordando ainda os serviços essenciais disponíveis no Centro de Fortaleza, o acesso dessa população aos serviços de saúde e a atuação dos profissionais. Conclui-se que as ações governamentais de saúde

¹ Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). Av. da Abolição nº 03, Centro. 62790-000 Redenção-CE. jalusa_magalhaes@yahoo.com.br

destinadas a esse público são escassas, sobretudo, por desconsiderar as especificidades dessa população, estimulando a intervenção da sociedade civil e do terceiro setor.

Palavras-chave: Pessoas em situação de rua; Políticas públicas; Serviço; Saúde.

ABSTRACT

People on the streets in big urban centers brings out a challenging scenario for the implementation of public policies. The aim of the study was to analyze, from the user's perspective, the effectiveness of health actions aimed at people on the streets in the city of Fortaleza-CE. It is a research with qualitative approach, we used the technique semi-structured interview with ten people on the streets in this condition for at least twelve months and with the age over eighteen, five were goers at Casa da Sopa, a spiritualist group and the other five at São Vicente de Paulo refectory. The analysis of the material was through the hermeneutic-dialectic, then, were listed five dimensions associated to the care of people in the street in Fortaleza, namely: toiletries; Wake-sleep cycle; Food and Nutrition; Body and Drug use; still addressing the essential services in Fortaleza Center, the access of this population to health services and the work of professionals. It was concluded that government health actions aimed at this people are scarce, especially for disregarding the specificities of this population, encouraging the involvement of civil society and the third sector.

Key words Population living on the street, Public Polices, Service, Health.

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Direção de Sistema Integrado de Bibliotecas da UNILAB (DSIBIUNI)
Biblioteca Setorial Campus Liberdade
Catálogo na fonte
Bibliotecário: Francisco das Chagas M. de Queiroz – CRB-3 / 1170

Abordagem sobre as ações de saúde em Fortaleza voltadas para a população em situação de rua. / Jalusa Magalhães de Sousa... et al. Redenção, 2015.

A136

30 f.; 30 cm.

Artigo do curso de Especialização em Gestão em Saúde da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira – UNILAB.

Orientadora: Profa. Dra. Érika Helena Salles de Brito.

Inclui Referências.

1. Saúde pública. 2. Saúde pública administração. 3. Pessoas desabrigadas. I. Título. II. Sousa, Jalusa Magalhães de. III. Paz, Antônio Fábio Coelho. IV. Sousa, Hylana Magalhães de. V. Santos, Janete Romão dos. VI. Lima, Maria Gleidciana Chaves.

CDD 614

INTRODUÇÃO

A população em situação de rua (PSR) é um grupo heterogêneo, reflexo de uma sociedade capitalista e fruto da má distribuição de renda e da desigualdade social. Tal população encontra-se numa situação de extrema vulnerabilidade social, sendo constituída por pessoas de diferentes realidades, entretanto, apresentam fatores em comum, a saber: condição de pobreza absoluta, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, desemprego, violência, perda da autoestima, alcoolismo e uso de outras drogas, transtornos mentais, entre outros fatores¹.

Assim, Pessanha (1983) apud Giorgetti² (p.25) define morador de rua como: *[...] todo indivíduo migrante, imigrante ou nascido em uma grande metrópole, que tem o seu “fundo de consumo [completamente] dilapidado” [...] e não consegue mais repor tal fundo e promover o seu bem-estar. Após atravessar um momento em que ocorre o afastamento do mercado de trabalho, a desestruturação familiar e o rompimento com as antigas relações que compunham sua rede de sociabilidade (sem falar, na maioria dos casos, da dolorosa experiência do preconceito social), esses indivíduos passam a depender da rede pública de proteção social, quando não se apropriam do espaço público, transformando-o em moradia.*

Ainda sobre a caracterização desse público, Rosa *et al*³ (p.332) afirmam que as pessoas nessa condição possuem menos do que precisam para a sobrevivência, sobretudo, em relação às necessidades nutricionais. Essa população fixa-se predominantemente nas áreas centrais das cidades, onde comércio e serviços em geral se concentram, atraindo maior afluxo de pessoas, o que possibilita a obtenção de alimentos e alguns recursos financeiros, sendo

que, no período noturno, esses locais ficam praticamente despovoados e se transformam em abrigos.

Bordignon *et al*⁴ relatam que a PSR normalmente abriga-se em logradouros públicos, tendo como moradia praças, calçadas, terrenos baldios, locais abandonados, cemitérios ou sob viadutos e marquises. Pessoas que pernoitam em albergues públicos ou entidades sociais também são consideradas moradoras de rua.

Em Fortaleza, uma das grandes metrópoles brasileiras, identifica-se um crescente número de pessoas vivendo em situação de rua, acompanhando uma tendência de outras cidades semelhantes. Fato atestado pelos dados da Secretaria Municipal de Trabalho Desenvolvimento e Combate a Fome (SETRA) que mostram, em 2010, um quantitativo de aproximadamente 4.500 pessoas vivendo em situação de rua nessa capital⁵.

Segundo o princípio da equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), há diversos grupos desenvolvendo formas de existir em várias regiões do país. Daí emerge necessidades específicas, problemas característicos, diferenças nos modos de viver, adoecer e possibilidades de satisfazer suas necessidades de vida. É para este público específico, que se encontra em situação de rua, portanto em clara situação de alta vulnerabilidade e risco social que necessita de mais recursos encaminhados e efetivamente traduzidos em ações e serviços adequados às suas necessidades, de acordo com suas especificidades⁶.

Aguiar e Iriart⁷ também concordam que o desenvolvimento de ações e de políticas, cujo objetivo seja alcançar melhores condições de vida e de acesso a serviços de assistência à saúde para as pessoas em situação de rua, deve ser priorizado. Assim, faz-se necessário discutir as políticas públicas de saúde para a PSR como forma de ampará-la, efetivando-se os princípios do SUS. Diante dessa realidade, o presente estudo teve como objetivo analisar, sob a perspectiva do usuário, a efetividade das ações em saúde voltadas para pessoas em situação de rua na cidade de Fortaleza-CE.

MÉTODOS

Diante da complexidade dos aspectos envolvidos em torno da temática PSR e saúde, e considerando os objetivos da investigação, a pesquisa seguiu as orientações da metodologia qualitativa. Para Martinelli⁸, a pesquisa qualitativa, além de mostrar dados, desvenda a realidade de forma crítica e debruça-se sobre a história e o significado na experiência social do sujeito, visando a alcançar a compreensão das lógicas internas dos grupos pesquisados. Ela revela o significado que os sujeitos atribuem a sua experiência social e cotidiana através da narração destes.

A pesquisa foi realizada no bairro do Centro da cidade de Fortaleza-Ceará e adjacências, tendo em vista que esta região possui uma grande concentração do público pesquisado e dispõe de Organizações Não Governamentais (ONG's) que contribuíram no contato das pessoas que vivem em situação de rua. A construção dos dados foi realizada no Refeitório São Vicente de Paulo e no Grupo Espírita Casa da Sopa, que cederam suas instalações para facilitar o contato com o público participante.

Optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas como forma de obtenção dos dados, seguindo um roteiro previamente estabelecido de forma a responder aos objetivos do estudo. As orientações do roteiro seguiram os seguintes temas: idade, possuir atualmente documentos de identificação, tempo de situação de rua, motivos associados a estar nessa condição, formas de se manter, local de dormir e fazer higiene pessoal, episódios pessoais de adoecimento na rua e se foi buscado tratamento com profissionais de saúde, atendimento para realizar exames preventivos mesmo sem estar doente, os problemas de saúde mais comuns entre as pessoas na rua, para onde costuma recorrer quando são necessários cuidados à saúde, se há e quais são as dificuldades ao procurar um serviço de saúde, se houve casos de discriminação, conhecimento, acesso e avaliação do Consultório na Rua, opiniões pessoais

sobre a possibilidade de cuidar da saúde estando em situação de rua e sobre a preparação dos profissionais de saúde para o atendimento às pessoas em situação de rua.

Assim, a construção dos dados procurou obter respostas subjetivas em forma de narrações sobre as temáticas apresentadas. Segundo Minayo⁹, as entrevistas semiestruturadas permitem a aproximação entre entrevistado e entrevistador, neste caso, orientada pelo objetivo definido pela pesquisa. Sobre o referido instrumental, destaca-se que a entrevista semiestruturada que tem um roteiro antecipadamente elaborado, mas o pesquisador/entrevistador tem uma flexibilidade ao utilizá-lo. Desta forma, verifica-se que *“as entrevistas semiestruturadas comportam tanto a utilização de determinados roteiros como também o diálogo aberto com os entrevistados”*¹⁰ (p. 14).

Foram entrevistadas individualmente dez pessoas, cinco em cada ONG acima citada, com pessoas que se encontravam em situação de rua há no mínimo doze meses e com idade superior a dezoito anos, ressalte-se que nove dos dez entrevistados foram do sexo masculino. Não houve outros critérios para a escolha dos participantes, que foi por conveniência. As entrevistas foram realizadas no período da manhã no Refeitório São Vicente de Paulo e à noite no Grupo Espírita Casa da Sopa, devido o horário de funcionamento desses estabelecimentos. Para cada participante foi apresentado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e utilizado um gravador de áudio com objetivo de manter a fidelidade das falas dos diálogos.

Desta forma, foi possível conhecer a história de vida das pessoas em situação de rua, pois a vida cotidiana dos entrevistados vai ser fonte permanente de investigação e estudo, porque é a partir dela que se compreende o sujeito, conforme Netto¹¹: *“Não existe vida humana sem o cotidiano e a cotidianidade. O cotidiano está presente em todas as esferas de vida do indivíduo, seja no trabalho, na vida familiar, nas suas relações sociais, lazer, etc...”* (p. 23).

Portanto, os dados foram discutidos conforme a análise qualitativa, já que a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo desse tipo de pesquisa que não requer uso de métodos e técnicas estatísticas. Logo, o processo e seus significados são os focos principais da abordagem.

Para isso, os sujeitos foram estimulados a contar sua história, objetivando o resgate da memória de suas vivências, as lembranças e os significados principalmente das ações de saúde. Com isso, a abordagem escolhida para a pesquisa colabora com a intenção do estudo, cabendo buscar o significado de cada palavra, conforme apresenta Rigotto¹² (p. 94): *(...) se define como o relato de um narrador sobre sua existência através do tempo, tentando reconstruir os acontecimentos que vivenciou e transmitir a experiência que adquiriu. Narrativa linear e individual dos acontecimentos que nele considera significativos, através dela se delineiam as relações com os membros de seu grupo, de sua sociedade global, que cabe ao pesquisador desvendar. Dessa forma, o interesse deste último está em captar algo que ultrapassa o caráter individual do que é transmitido e que se insere nas coletividades a que o narrador pertence.*

Assim, após as entrevistas, para realizar a análise dos dados obtidos, utilizou-se o método hermenêutico-dialético, pois, segundo Minayo¹³, *nesse método a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para melhor ser compreendida. Essa compreensão tem, como ponto de partida, o interior da fala. E, como ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala.*” (p. 77) Com esse método, buscou-se compreender características coletivas, concepções grupais a partir de falas individuais, significados compartilhados pela população estudada. A partir disso, torna-se possível ordenar, classificar e analisar os dados.

Além disso, foram considerados os princípios éticos da pesquisa, logo mantivemos o sigilo da entrevista, aplicando-a de forma individual para garantir a privacidade

necessária a cada entrevistado, como estabelece a Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP) através da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que definiu as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com a participação de seres humanos, estabelecendo, dentre outras coisas: garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização nenhuma; garantia de manutenção de sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa.

Ressalte-se que o projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional e da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), através de submissão na Plataforma Brasil, com CAAE de aprovação nº 40376614.0.0000.5576.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

BREVE CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS E DAS INSTITUIÇÕES ATUANTES

Foram entrevistadas dez pessoas no período compreendido entre maio e junho de 2015, nove do sexo masculino e uma do sexo feminino, com idades entre vinte e sessenta e sete anos, metade deles tinha no máximo vinte e cinco anos. Quanto ao tempo de permanência na rua, apenas três entrevistados disseram estar até três anos em situação de rua, os outros variaram entre seis e vinte anos. É importante ressaltar que vários referiram que esse tempo não foi continuamente na rua, pois é comum que a PSR passe por períodos em casa de parentes ou outras referências residenciais¹⁴.

Quanto às razões que motivaram os respondentes a estarem em situação de rua, foram relatados principalmente conflitos familiares e uso de drogas. Concernente aos motivos ligados ao convívio familiar, foram relatados: conflitos conjugais, abandono familiar após

problemas financeiros e falecimento da mãe. Quatro sujeitos afirmaram que o uso de drogas foi o principal motivo, um deles veio de outro estado para realizar tratamento aqui, porém seus momentos de recaída sempre o fazem retornar às ruas, outro sujeito disse que houve problemas familiares decorrentes do uso de drogas.

Quatro pessoas disseram possuir documentos de identificação e os outros disseram não estarem atualmente com esses documentos. A identificação formal para a PSR é relatada como uma dificuldade para essa população, pois é difícil conseguir manter em segurança diante dos constantes riscos das variações climáticas, além de perdas e furtos, embora os documentos sejam solicitados para diversos atendimentos formais de saúde. Alguns sujeitos falam sobre isso: *A gente não vai deixar de comer pra ir atrás de documento (Sujeito 4, 25 anos). Perdi meus documentos tudim (Sujeito 8, 32 anos). Já tive identidade e registro, mas pela minha vida que é diferente da outra, correria do dia a dia eu perdi. (Sujeito 10, 20 anos).*

Apenas dois sujeitos disseram não desenvolver atividades remuneradas, sete relataram trabalhos informais de flanelinha e prestação de serviços a comerciantes, um sujeito definiu-se como profissional do sexo. Esse dado concorda com vários estudos que também afirmam que a maior parte da PSR faz parte do mercado de trabalho, principalmente informal. Como afirma o sujeito 2 (homem, 42 anos): *Eu pastoro carro na rodoviária.* O sujeito 9 (mulher, 23 anos) explica seu trabalho: *Eu trabalho no carrinho de batatinha, vendo batatinha, quando não tô, tô no carrinho de coco.* O sujeito 10 (homem, 20 anos): *Eu faço meus programas, eu tenho meus clientes, já tenho meus clientes garantidos.*

SOBRE A ATUAÇÃO DE INSTITUIÇÕES NO CENTRO DE FORTALEZA E ADJACÊNCIAS

Devido à considerável concentração de pessoas em situação de rua no entorno do Centro de Fortaleza, há várias instituições que atuam especificamente com esse público.

Algumas delas foram citadas nas entrevistas, enquanto outras nos foram referenciadas pelos voluntários das instituições que contatamos para ter acesso aos entrevistados. Incluímos ainda aquelas que não atuam exclusivamente com a PSR, mas que foram mencionadas por ser referência para essa população. Há ainda pessoas ou grupos independentes que não têm uma sede nessa região, mas estão constantemente ofertando serviços a quem vive nas ruas do Centro, como os grupos ligados às igrejas, as pessoas que pagam promessas doando alimento ou roupas, além dos que saíram da situação de rua e retornam para ajudar outros que se encontram nessa condição. Essa informação é oriunda dos entrevistados, dos voluntários das instituições, da experiência e observações dos autores com o trabalho nas ruas.

Fica claro que o poder público contribui através de vários setores sociais na busca de melhores condições de vida para a PSR. Assim, vamos elencar nesse tópico algumas instituições de destaque que atuam no Centro de Fortaleza e adjacências. Ressalte-se que não há uma organização formalizada entre as diversas iniciativas sociais, porém aqueles que estão nas ruas comumente conhecem o trabalho e os itinerários daqueles que ajudam o povo da rua, como nos revela o entrevistado: *[...] foi passando um ano, foi passando dois e eu tava, nessas rotas de comida, dormindo por ai nas calçadas (Sujeito 6, 43 anos).*

Referente a políticas públicas específicas para essa população, não foi relatado nas entrevistas nenhuma equipe de saúde, nem mesmo equipes de Consultório na Rua. Alguns sujeitos disseram que houve um tempo que tinha uma equipe funcionando, mas não existe mais. Há a **Unidade de Atenção Primária em Saúde Paulo Marcelo**, que já contou com uma equipe de Consultório na Rua, hoje desativada, e o **Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD 24hs)**, que não são exclusivos para a PSR, porém, recebem esse público por estarem localizados numa região de grande concentração dessa população. Há também uma unidade hospitalar de urgência e emergência (o Instituto Dr. José Frota) localizada no Centro que recebe muitas pessoas em situação de rua. Conforme aponta o

censo nacional, os serviços de urgência e emergência são as unidades de saúde que a população em situação de rua mais recorre¹⁴.

É por meio da SETRA que o município presta atendimento específico para a PSR através de quatro equipamentos e serviços: Centros de Referência para População em Situação de Rua (Centro Pop), Serviço Especializado de Abordagem de Rua, Casa de Passagem e Acolhimentos Institucionais. O Centro Pop foi o mais citado nas entrevistas; há duas sedes em Fortaleza, ambas na região do entorno do Centro da cidade.

O Centro Pop é um espaço de referência para que qualquer pessoa em situação de rua possa procurar serviços de acesso à documentação oficial, Cadastro Único para Programas Sociais, atividades socioeducativas e artísticas. Além de atendimento especializado por profissionais que auxiliem a resolução das suas demandas. No equipamento, os usuários realizam ainda sua higiene pessoal, lavam suas roupas, utilizam o equipamento como referência de endereço, tem acesso à inclusão digital e cursos de qualificação.

Dada as limitações quanto o alcance e a eficácia desses equipamentos públicos, é possível observar que as demandas das pessoas em situação de rua não são amplamente atendidas ou sequer ganham notoriedade na maior parte das discussões orçamentárias. Desta forma, podem ser verificadas várias instituições da sociedade civil, como ONG's e outros grupos principalmente religiosos. Em seguida, elencamos algumas.

A Pastoral do Povo da Rua (Centro de Pastoral Maria Mãe da Igreja) visa a estimular a promoção de ações junto à população de rua e catadores de materiais recicláveis que construam alternativas em defesa da vida e contribuam na elaboração de políticas públicas, cujas ações perpassam por: visitar as ruas, praças e os viadutos e comunidades; dar visibilidade às questões referentes a população da rua; denunciar ações violentas e discriminatórias; apoiar a articulação e organização da população de rua e catadores de material reciclável.

A **Casa São Francisco** (Albergue Shalom) existe há treze anos e é administrada pela Comunidade Católica Shalom, acolhe cinquenta e seis moradores de rua que livremente pedem ingresso na casa. Seus moradores dispõem de alimentação, moradia e atividades que visam à reinserção no ambiente familiar e no mercado de trabalho.

A **Fundação Ana Lima** desenvolve várias ações, sendo a principal o projeto “Sopão da Vida”, que oferece uma refeição diária à PSR de Fortaleza. Há também atendimentos médico, nutricional e odontológico para pessoas em situação de rua cadastradas previamente. A **Casa Lúmen São Francisco** realiza um trabalho periódico nas ruas e praças de Fortaleza. Disponibiliza acolhimento, higiene pessoal, alimentação, vestuário, medicação, descanso, lazer, atividades esportivas, atividades educativas e culturais. Além disso, tem apoio voluntário de médicos, cabeleireiros, dentistas, advogados e outros. O **Grupo de Interesse Ambiental** (GIA) conta com o Projeto Vivência Social que realiza todas as terças-feiras a distribuição de alimentos, banho, doações e outros serviços de apoio para pessoas em situação de rua.

O **Grupo Espírita Casa da Sopa** é uma instituição de referência que busca desenvolver um cuidado social junto às pessoas em situação de rua, promover a integração social e mediar a educação do ser integral. A ONG funciona há vinte anos com atividades religiosas, sociais, atendimento das famílias, banho, alimentação, doação de roupas e cuidados breves em saúde. O **Refeitório São Vicente de Paulo** é outra importante referência para a PSR oferece banho, lanche, formação profissional, incentivo para retornar a família, alfabetização e assistência médica quinzenal.

Desta forma, diante da importância da atuação dessas ONG na promoção do bem-estar das pessoas em situação de rua e por meio da experiência pessoal e profissional de dois componentes dessa equipe pesquisadora, foi considerado que as entrevistas fossem realizadas nas sedes do Grupo Espírita Casa da Sopa e do Refeitório São Vicente de Paulo.

PRATICAR O ‘CUIDADO’: UM BREVE OLHAR SOBRE A VIVÊNCIA NA RUA E AÇÕES EM SAÚDE

Embora seja comum a representação da rua como espaço que oferece poucas condições para práticas de cuidado, em alguns estudos são visualizadas estratégias de cuidado em saúde, sendo este representado de algumas maneiras diferentes. Nesta investigação, foram observadas algumas concepções de ações em saúde.

Acesso e uso de preservativos foram mencionados por dois sujeitos. Questões relativas à medicação também foram relatadas, os medicamentos foram tidos como relevante para seis participantes, sendo referidos através da automedicação, do acesso gratuito nos serviços de saúde quando prescritas e da orientação recebida nos estabelecimentos que vendem fármacos.

A garantia de um lugar para cuidar recuperar a saúde quando necessário foi discutido por duas pessoas, que se queixaram de haver casos quando a exposição às condições climáticas da rua durante o dia e a noite é um impeditivo para o cuidado, ao passo que a garantia desse lugar aumentaria as chances de enfrentamento dos agravos à saúde.

As condições de sono ganharam destaque entre os respondentes. O sujeito 6 (homem, 43 anos) sintetiza bem como dormir bem é importante para essa população: [...] *foi tanto tanto que eu dormi, mas sinceramente eu vou lhe dizer, eu nunca soube o que é uma dormida tranquila.*

Foi dada grande importância à atuação das instituições da sociedade civil, pois representam vinculação (marcado pelo interesse pelo público) e cuidados necessários para as necessidades gerais dessa população, incluindo a saúde. Mesmo quando tem profissionais com a mesma formação da rede pública, o atendimento é mais contextualizado com as características da vida da PSR. A higiene pessoal, como banho, ter roupas limpas, fazer assepsias em geral, repetiu-se em várias falas e quase sempre as ONG's foram mais citadas como locais de possibilidade para esse autocuidado.

A prevenção pessoal foi outra ação mencionada, muito relacionada às condutas preventivas para doenças respiratórias, doenças sexualmente transmissíveis e diante de outros comportamentos de risco.

Essas concepções individuais apontam para significados coletivos e serão discutidas com mais detalhadas nas seções posteriores. Em diferentes pesquisas realizadas em Fortaleza foram identificadas discussões onde o cuidado de forma aparece de forma transversal, não sendo necessariamente uma temática específica para cada uma delas, mas fornecendo elementos para melhor compreensão das ações em saúde.

Moura Júnior¹⁵ reflete sobre a pobreza a partir da identidade de pessoas em situação de rua, apresentando um cenário de adoecimento desse público no qual as características típicas da pobreza, multidimensionalmente compreendida, somam-se às condições adversas presentes no modo de vida nas ruas, produzindo maior vulnerabilidade aos diversos tipos de adoecimento. São condicionantes que tornam muito difícil o cotidiano de cuidados e tratamentos que se façam necessários quando se está na situação de rua. Este fato também foi observado neste estudo, conforme a fala transcrita a seguir: *Eu passei três meses sem andar, problemas nas costas, no corpo todim, cai de costas dentro daquele canal da Eduardo Girão. Fiquei deitado três meses na calçada mesmo onde eu caí, aí fui atrás de diclofenaco, um comprava dois diclofenaco de manhã, outro comprava ao meio dia, outro comprava a noite, foi tudo doação (Sujeito 2, 42 anos).*

O autor destaca a precariedade das condições ambientais no tratamento de doenças na rua, quando se faz necessário que o cuidado seja mais rigoroso diante dos riscos advindos do adoecimento, quando se faz necessário dormir tranquilo, alimentar-se em horários específicos, proteger-se da chuva e do sol, etc. Essas condições provavelmente fazem aumentar a letalidade das patologias¹⁶, fatos observados por meio dos relatos: *A gente dorme com o papelão no chão (Sujeito 1, 23 anos). Tive problema de garganta também, eu tomo*

amoxicilina e ibuprofeno, ai melhora (Sujeito 7, 25 anos). Vou te dizer, tem o exemplo de um rapaz que foi operado pelo Dr. Cândido, de uma hérnia, ele se operou, mas ele voltou para a rua né. E aquilo ali, ele dormindo na rua, no chão, infeccionou né? Quer dizer, precisa de um canto para se recuperar (Sujeito 6, 43 anos).

Rodrigues¹⁶ também fala sobre o encontro entre individual e social ao destacar o corpo da pessoa em situação de rua como unidade onde se expressam os diversos aspectos da vida desses sujeitos e seus conflitos. O corpo, além de fisiológico, foi concebido como primordial para a expressão das experiências sociais. O corpo traz as marcas do modo de vida na rua, convergindo marcas individuais e sociais.

Referente aos desafios para as Políticas Públicas considerarem essas características próprias desse público ao tentar dar respostas às demandas de cuidado de quem está nas ruas, Costa¹⁷ discutiu sobre a Política Municipal de Atenção à População em Situação de Rua em Fortaleza. A autora aponta a necessidade de serem garantidos os direitos sociais e condições de preservação da autonomia como caminhos possíveis para a efetivação das políticas públicas direcionadas às pessoas em situação de rua.

Diante das reflexões dos citados autores, foram elencadas cinco dimensões do cuidado associadas às pessoas em situação de rua em Fortaleza, quais sejam: **Higiene Pessoal; Ciclo Vigília-Sono; Alimentação e Nutrição; Corpo; e Uso de Drogas;** a fim de favorecer uma maior compreensão da relação entre o cuidado e o público-alvo.

Higiene Pessoal

A higiene pessoal na rua é entendida para Monteiro¹⁸ como precária. Para ela, esse modo de vida não favorece o cuidado com a higiene pessoal principalmente porque na rua o acesso aos meios para esse cuidado é limitado, o que diminui a motivação dos sujeitos para preservarem o cuidado. Ele cita o banho e a limpeza das roupas como ações claramente desestimuladas pelas dificuldades no acesso à água, podemos comprovar através das falas dos

entrevistados: *Tomo banho no Centro Pop à tarde. E à noite lasca porque cortou a água, o dono lá quer que saia logo porque vai mudar para outro prédio. Mas todos esses equipamentos estão em decadência (Sujeito 7, 25 anos).*

Para lidar com essas dificuldades, o referido autor apresenta duas saídas comumente encontradas por quem está na rua: o uso dos espaços públicos (com torneiras ou outras formas de água encanada) e os recursos naturais (como a chuva e a água da praia). A institucionalização desse cuidado também é destacada pela autora, pois há aqueles que procuram o acolhimento em instituições que aumentam suas possibilidades de acesso às estruturas necessárias à higiene pessoal, o que também é observado por Esmeraldo Filho¹⁹ ao visitar instituições que fornecem banho e lavagem das roupas e por meio dos relatos em seguida transcritos: *Banho eu venho pra cá [Refeitório São Vicente de Paulo] ou Centro POP. A gente toma banho de graça, a irmã daqui é mesmo que ser minha mãe (Sujeito 3, 48 anos). Banho tem todo canto tem: Centro Pop, aqui também tem banho [Refeitório São Vicente de Paulo]. Nós toma banho, lava roupa, a pessoa que é higiênica, tem algum deles que não toma banho, mas tem alguns que já toma (Sujeito 4, 25 anos). No centro POP e a irmã Inês [Refeitório São Vicente de Paulo], os albergues (Sujeito 9, 23 anos).*

Ciclo Vigília-Sono

O momento de dormir é relatado como a maior dificuldade do dia, pois os riscos se potencializam principalmente no sentido da violência. Há diversas referências ao medo de dormir, o que gera um sono intranquilo e fragmentado. A preservação das condições de sono (qualidade e quantidade) foi relatada como importante dificuldade para as pessoas em situação de rua, fato também observado por diversos autores.¹⁶⁻¹⁹⁻²⁰⁻¹⁷ Contemplados ainda através das falas dos entrevistados: *Durmo ali na Praça do Ferreira com outro pessoal. A gente passa ali mesmo, a noite todinha ali mesmo. (Sujeito 1, 23 anos). Durmo na Cobal que é um prédio abandonado (Sujeito 2, 42 anos).*

Foi observado na presente pesquisa que encontrar local seguro e escondido para dormir não é tarefa fácil e muitos passam várias noites acordados, preferindo dormir somente após amanhecer. De acordo ainda com Monteiro¹⁸, para conseguir permanecer acordado durante várias noites na semana, é comum ser relatado o uso de drogas, gerando, assim, dependência e aumentando as vulnerabilidades. Sobre isso, foram encontrados relatos que corroboram a constatação da autora: *A dormida é difícil, a dormida é cruel, que a gente dorme no meio da rua em cima de papelão a pessoa tá se arriscando a gente não sabe os elementos, às vezes é amigo às vezes não é, tudo é difícil. (Sujeito 3, 48 anos). Eu durmo distante de morador de rua, durmo só, distante... Por que todos são violentos e eles matam dormindo mesmo (Sujeito 4, 25 anos). Eu dormia sempre ali pela praça, mas esse pessoal que eu te falei, todos me deram conselhos pra sair da praça. Realmente quando eu vivia na praça, eu vi muito confronto muita droga rolando (Sujeito 5, 38 anos).*

Alimentação e Nutrição

Relativo ao cuidado com a alimentação, relatos na literatura¹⁶⁻¹⁹ e os dados de pesquisa realizada pelo Governo Federal¹⁴ confirmam que na rua a maioria das pessoas alimenta-se pelo menos uma vez por dia. A dificuldade caracteriza-se mais durante os finais de semana e feriados. Diante disso, através das falas dos sujeitos, percebemos que, por vezes, estes recorrem a doações: *As refeições que é caro. Almoço, eu venho pra cá [Refeitório São Vicente de Paulo]. As vezes que eu tenho um real, eu vou pra Parangaba, refeição lá é boa também e é só um real (Sujeito 3, 48 anos). Me alimento aqui na Irmã Inês [Refeitório São Vicente de Paulo], Centro POP, Pastoral do Povo de Rua, Casa Verde que foi ontem perto da Acal, a noite eu fico lá perto do centro (Sujeito 1, 23 anos). Até pra gente comer é difícil, tudo pra gente é difícil... Vou andando, conhecendo o povo, pedindo um pouco de alimento, até hoje graças a Deus (Sujeito 4, 25 anos).*

O cuidado na dimensão **alimentação** parece oferecer poucos riscos à saúde por haver várias formas de se alimentar na rua, porém a qualidade nutricional parece não ser garantida. A limitação da escolha do que comer é também um dos empecilhos ao cuidado, pois alimentar-se é um ato social, onde as preferências pessoais construídas nas interações sociais se expressam²⁰. Portanto, ter limitada variedade de alimentação na rua, significa fragilidade na segurança alimentar dos sujeitos. O mesmo pode ser inferido para aqueles que apresentam restrições ou necessidades alimentares específicas, conforme relatos dos sujeitos entrevistados: *Fome eu não passo, na rua ninguém passa e, além disso, de todas as dificuldades tem os irmãos também que ajuda a gente... Vão pras praças, vão com os carros cheio de comida (Sujeito 4, 25 anos). Eu tomo café lá numa colega minha (Sujeito 5, 38 anos). O cara tem que se virar de qualquer jeito. O cara tem que arrumar, pedir, só não roubar (Sujeito 8, 32 anos).*

Corpo

O corpo passa por transformação para se adequar às necessidades que a rua impõe nele, se expressando indivíduo e sociedade. Seus odores, suas cores, os objetos agregados (mochilas, sacolas, carroças) interagem de forma tal que o corpo pode ser pensado como o primeiro território de quem está na rua, fato este descrito através das falas a seguir: *Claro, aí eu mim cuido, se não eu pior. (Sujeito 3, 48 anos). Passa por dificuldades, mas tem condições de se cuidar sim... Só não tem se não quiser, é por que a maioria, não falo só dos outros, eu me incluo também, tem muito deles também que por está na rua só ver o outro lado, o lado da bebida por ter muita liberdade, o lado de droga, por ter muita liberdade, o lado de comer fácil (Sujeito 5, 38 anos).*

O cuidado com o corpo gera vários questionamentos. Como esses corpos se vestem ou se calçam? Como o corpo é transformado pela convivência na rua, adaptando-se para suportar fatores climáticos, de circulação na cidade e tantas outras características que

agem sobre esses corpos, podendo afetar a consciência de si e do mundo? Podemos comprovar por meio dessa fala: *As tosses devido o cigarro, a poeira dos carros, o sol quente (Sujeito 9, 23 anos).*

O corpo é caracterizado como suporte, fonte de renda, agressão e mutilação, aparência de envelhecimento precoce, identificação, prazer, capacidade.¹⁷ Esmeraldo Filho¹⁹ observa que o corpo geralmente se apresenta melhor cuidado quando é amparado por instituições que fornecem suportes mínimos como a guarda de pertences, possibilidade de banho e lavagem ou troca das roupas. Entretanto, alguns não dispõem desse serviço, conforme transcrição: *Eu não tenho onde guardar minhas coisas, não é todo mundo que nesses casos ai que gosta de guardar as coisas dos outros não (Sujeito 5, 38 anos).*

Uso de drogas

A presença das substâncias psicoativas (ou simplesmente drogas) é relato frequente nos relatos das pessoas que vivem nas ruas, sendo esse uso amplamente referido nas entrevistas e observações realizadas: *Briguei com o meu tio, briguei com a minha família, estava alcoolizado e sobre efeito de droga (Sujeito 1, 23 anos). Droga mesmo, a família não aceitava droga e eu fui pra rua pra poder ficar no meu vício mesmo (Sujeito 2, 42 anos). Foi minha família mim abandonou, três irmão que eu tenho, me abandonou, por que eu era usuário de droga e eles não gostavam, ai me abandonara (Sujeito 3, 48 anos). Muitos deles que usa crack, cachaça. Mas, então não é todos que são ruins, não é todos que são usuários de droga, não é todos que vai pra rua que é pra fazer o mal (Sujeito 4, 25 anos).*

As relações com as drogas são amplamente discutidas e parecem estabelecer duplo papel quanto ao cuidado das pessoas em situação de rua. Seus efeitos favorecem as condições de autocuidado por reduzir as sensações de sono, fome e cansaço, pois a saciedade dessas necessidades não é facilmente conseguida na rua²⁰⁻¹⁶⁻²⁰, além de ser agregadora de grupos em alguns casos durante o uso compartilhado.²⁰

Como contraponto, o uso de drogas pode causar relações de dependências, elevado gasto financeiro, perda de documentos, quebra de vínculos, aumento do risco de acidentes, dificuldades de sono e alimentação. São mencionados também os riscos sociais do consumo de drogas, atrelados principalmente à violência oriunda de policiais e de traficantes, além da quebra de vínculos afetivos. Para Moura Júnior¹⁵ e Monteiro¹⁸ o uso de drogas é tido como fator de vulnerabilidade à integridade física e psicológica. Sobre a fragilidade dos vínculos, destacamos a fala do entrevistado: *Posso ser bem sincero. Drogas e falta de relacionamento com a família, a falta da mãe e do pai que eu nunca tive. O meu pai me abandonou na barriga da minha mãe e ela morreu de câncer quando eu tinha cinco anos (Sujeito 10, 20 anos).*

As drogas em alguns casos são referidas como razões para a ida para a rua, em muitos outros fortalece a permanência na rua, estando socialmente associadas à identidade de morador de rua.²⁰⁻²¹ Para a transformação dessa identidade, superar o uso de drogas é mencionado quando os sujeitos de várias pesquisas referem projetos de vida que apontem para o que consideram melhores formas de viver ou para a retomada dos vínculos afetivos,²⁰ como é citado na presente pesquisa: *Eu vim pro Manassés [tratamento para dependência química] me recuperar, ai eu fiquei morando aqui. Trabalhei, ai tive uma recaída, vendi tudo e fui pra rua... Eu já tinha ido uma vez pra rua, consegui me levantar de novo, e dessa vez eu tô na rua de novo (Sujeito 7, 25 anos).*

Diante da grande relevância apresentada ao contexto de uso de drogas nesses estudos, observa-se que a Redução de Danos pode ser um caminho capaz de favorecer ao desenvolvimento de lógicas de cuidado que não considerem aceitável o grande prejuízo causado pelo uso ou abuso delas, mas dêem visibilidade aos usuários e aos cuidados já realizados informalmente nas ruas.

AS PRINCIPAIS DOENÇAS E AGRAVOS QUE AFETAM ESSA POPULAÇÃO

Discutir os agravos mais prevalentes na PSR pressupõe relembrar o conceito de saúde ampliada que foi aprovado na 8ª Conferência Nacional de Saúde: *Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado da forma de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida*²².

O texto acima denota que se pensarmos na PSR o direito à saúde previsto na Constituição é totalmente violado, pois o fato de não ter moradia desencadeia a perda dos demais direitos que deviam ser assegurados. Encarar o viver na rua e se expor aos riscos diários acarretam ao longo dos anos sérios prejuízos à saúde dos sujeitos em questão. Alguns agravos têm aparecido em maior ou menor escala em pesquisas nacionais regionais e locais.

De acordo com a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua¹⁴, das 31.922 pessoas identificadas e entrevistadas nas cidades onde ocorreu a abordagem, os problemas de saúde mais citados, foram hipertensão (10,1%), problemas psiquiátricos/mental (6,1%), HIV/AIDS (5,1%) e problemas de visão/cegueira (4,6%); e apenas 18,7 % fazem uso de medicamento. Ainda no âmbito nacional, o Manual sobre o Cuidado à saúde junto a PSR²³ traz os problemas clínicos mais comuns junto a esta população como: problemas nos pés, infestações, tuberculose, DST, HIV e AIDS, gravidez de alto risco, doenças crônicas, álcool e outras drogas e saúde bucal.

A partir disso, podemos constatar que a PSR é altamente vulnerável a múltiplos fatores de risco para a saúde, os quais estão associados muitas vezes a sua condição de extrema pobreza. Assim, as principais doenças que atingem esse público, tais como hipertensão, podem ser explicadas, como fora dito anteriormente, pela condição desfavorável de vida, como a violência, alimentação e higiene inadequada, convivência com aglomerações

de pessoas e acesso á saúde dificultado. Fato corroborado pela fala a seguir: *Eu dependo de remédio da pressão, sabe (Sujeito 3, 48 anos).*

Embasado nas especificidades desse grupo e nas dificuldades em controlar e prevenir doenças, devido principalmente ao seu estilo de vida, pressupõe-se que a população em situação de rua necessita de cuidado diferenciado.

Assim, o Ministério da Saúde busca instrumentalizar os profissionais de saúde da atenção básica, na perspectiva da promoção do cuidado à população em situação de rua no cotidiano da sua prática profissional, para a ampliação e construção de novas formas de atuação frente aos problemas de saúde dessa população. Entretanto, observa-se, através da fala do sujeito, que tal intervenção ainda não está acessível a todos: *Eu pensei tipo numa ideia né... De ter uma equipe pra atender a situação de rua e uma farmácia também para a população de rua, antibióticos, anticoncepcional (Sujeito 7, 25 anos).*

Aguiar e Iriart⁷ afirmam que os problemas de saúde tendem a se ampliar, especialmente os de pele causados por parasitas, em virtude da ausência de serviços de higiene (banheiros e lavanderias públicas) e das condições precárias de sobrevivência. Logo, o tratamento torna-se difícil por causa da continuidade da exposição, diante das condições dos locais de dormida e higiene das roupas, aos condicionantes para o desenvolvimento da doença²³. Assim, a análise do autor é corroborada pela transcrição das entrevistas realizadas por essa pesquisa: *Aquelas coceiras porque a gente dorme no papelão, às vezes fala com o outro, pega na mão do outro, passa de um pro outro (Sujeito 1, 23 anos).*

Merece destaque também que a associação de uma nutrição inadequada, álcool e outras drogas, alguns espaços de confinamento e tosse favorecem o cenário para o surgimento e manutenção da presença da tuberculose (TB). *Existem poucos dados disponíveis sobre a TB na população em situação de rua que permitam traçar com clareza o seu perfil de adoecimento e/ou de suas representações sobre os processos de saúde e doença. Mas por*

meio de estudos já realizados, bem como mediante depoimentos de pessoas vivendo em situação de rua e de técnicos que trabalham junto a elas, estima-se que se trate de um grave problema de saúde, sempre com elevada taxa de incidência e de abandono do tratamento. Essa população é considerada pelo Ministério da Saúde como um grupo de elevada vulnerabilidade.²²

Algumas Organizações Não Governamentais (ONG) que participam do Comitê Estadual de Controle da Tuberculose do Ceará militam junto a seguimentos de maior vulnerabilidade, como a Associação de Amparo aos Pacientes com Tuberculose (APTU) que se destaca em ações educativas e busca de sintomáticos respiratórios para pessoas em situação de rua de Fortaleza. Tal intervenção é de grande importância, visto que há pessoas que ignoram sintomas como a tosse presente por longos períodos e passam a achar normal; enquanto isso, caso estejam com tuberculose pulmonar ativa, passam a transmitir à outras pessoas. As ONG's também passam a ser um elo entre a pessoa atendida e os serviços de saúde, contribuindo tanto para o diagnóstico, quanto para a adesão ao tratamento, configurando-se como um cuidado em rede mesmo ainda de forma tímida. Ressalte-se que tal doença foi amplamente mencionada pelos entrevistados: *Tuberculose, por causa da frieza no chão, dorme no chão e tudo (Sujeito 2, 42 anos). Tosse, TB o povo tuberculoso. O sistema respiratório né? As mudanças de clima, sol, chuva (Sujeito 7, 25 anos). Sabe o que é? Tuberculose tem muita gente doente, tem um colega meu que inclusive, esse é com certeza eu não minto, ele tá até tomando muitos comprimidos que tem aqui. E não tem só ele, tem um bocado. Vou lhe dizer uma coisa pelo o que eu ouvi falar dessa tuberculose, foi uma doutora que me disse, é muito sério (Sujeito 6, 43 anos). Bom, eu conheço várias pessoas na rua que tem problema de saúde como tuberculose. Só que eu sei como ela pode afetar a gente, ai eu me afasto, por que também eu não sou burro tô com 32 anos. se não souber o que é bom ou o*

que é ruim. Eu sei, quando chega perto, eu não vou julgar o cara, eu me afasto um pouco, digo que vou tomar uma água (Sujeito 8, 32 anos).

Outro agravo mencionado nas referências nacionais e presente nas falas dos entrevistados nesta pesquisa é o HIV/AIDS. Na América Latina, o Brasil é o país com o maior número de casos, aproximadamente 734 mil, de PVHA, conforme cita o Boletim Epidemiológico publicado pelo Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde.²³

No Brasil, DST/AIDS é concentrada em algumas populações mais vulneráveis atualmente denominadas de populações chave, como homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de drogas e profissionais do sexo. Vale ressaltar que qualquer pessoa, independente de seguimento que se exponha ao sexo desprotegido, corre o risco de se infectar. Assim, observam-se relatos dos sujeitos sobre a referida doença: *Conheço alguns também que tem AIDS na rua que não toma comprimido não se trata, eu não digo pra ninguém (Sujeito 8, 32 anos). Eu faço meus programas, eu tenho meus clientes já, tenho meus clientes garantidos. Eles me procuram, às vezes eu não estou, meus amigos vão me chamar. Nós marca, eu digo o preço já vou pro lugar, profissionalmente. Sempre com camisinha, porque ai a gente dispensa e ele acaba aceitando a camisinha (Sujeito 10, 20 anos).*

O poder público tem nos últimos anos realizado algumas ações pontuais com a PSR por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza através da Área Técnica de DST/AIDS e Hepatites Virais, tais como distribuição de preservativos, campanhas de testagem rápida para HIV, sífilis, hepatites B e C, vacinação contra hepatite B e rodas de conversa sobre as temáticas. O ideal seria que essas ações ocorressem sistematicamente, garantido a prevenção, diagnóstico oportuno e tratamento adequado. Porém, intervenções ainda pouco acessadas pela PSR, conforme esse relato: *Já fiz exame, hepatite B e C (Sujeito 7, 25 anos).*

As populações mais afetadas pela AIDS têm algo em comum com a PSR, logo podemos citar que são historicamente marginalizados, estigmatizados, sofrem violações de direitos, algumas fazem sexo em troca de dinheiro, além disso de acordo com o Manual sobre o Cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua,²¹ o consumo de drogas está inserido no cotidiano de grande parte delas. *Essa condição está associada a uma série de outras vulnerabilidades que as expõem a diversos riscos. Trata-se de um problema de grande importância e que vem desafiando as equipes de cuidado a desenvolverem abordagem mais adequada junto a essas pessoas, de modo a diminuir danos e promover saúde. Nesse contexto, as estratégias de redução de danos tornam-se uma importante ferramenta para contribuir e enriquecer a abordagem das equipes que trabalham com essa população, seja nos Consultórios na Rua, seja nas Unidades Básicas de Saúde.*²¹

Destaque-se que o uso abusivo de álcool e outras drogas pode para alguns ter sido um dos motivos da quebra dos vínculos familiares e conseqüentemente ter levado o indivíduo a viver na rua. Por outro lado, o consumo abusivo de álcool e, em menor escala e frequência, de outras drogas, parece fazer parte do necessário “processo de anestesia” para suportar a permanência de se estar em situação de rua²¹.

Portanto, dentre as especificidades desse grupo populacional, são várias as dificuldades para cuidar da saúde, como a efetividade do atendimento médico e o não acesso aos medicamentos prescritos foram barreiras apontadas na pesquisa realizada por Aguiar e Iriart⁷ e observadas também no presente estudo: *Tinha dia que não tinha gaze, não tinha esparadrapo, não tinha nada pra fazer o curativo (Sujeito 2, 42 anos).*

Não raramente, pessoas em situação de rua são discriminadas e sofrem preconceito não só por parte dos usuários, mas também dos trabalhadores dos serviços de saúde, logo muitos deixam para procurar auxílio nos serviços de saúde apenas em último caso. Aguiar e Iriart⁷ corroboram tal constatação, afirmando que existem muitas barreiras

desta população aos serviços de saúde que tendem a ser procurados apenas em situações graves e urgentes. Situações essas identificadas nesse estudo: *Já vi muitos casos da pessoa ir e não ser atendido, por que é morador de rua (Sujeito 1, 23 anos). Esses postos de saúde é muita gente. Eles pra atender a gente é uma dificuldade, eu não gosto de ir muito em posto de saúde (Sujeito 3, 48 anos). Não eu nunca procurei um posto, eu acho que eu não vou procurar por que eu prefiro não saber o que eu tenho. Prefiro viver do jeito que eu acho melhor, se eu souber que eu tô com uma doença ai eu vou cair em depressão e vou morrer mais depressa (Sujeito 8, 32 anos). Olha, eu sinto muita febre. Ela me pega assim de repente, tá entendendo? Mas quando me pega é assim, eu tomo um comprimidinho e passa. Eu tenho uma força, eu sou forte pra doença, se eu tomar uns três ou quatro comprimidos, dependendo pra que seja, eu já ficou bom (Sujeito 10, 20 anos).*

Assim, com o intuito de otimizar o acesso da PSR e cativar esse público no que diz respeito ao autocuidado, admite-se que uma etapa importante desse processo é o acolhimento realizado pelos profissionais nos serviços de saúde. Essa prática é muito mais do que receber o usuário de forma acolhedora, pois visa compreender a demanda, para além da queixa principal apresentada, e perceber esse cidadão no seu contexto social para inseri-lo em uma rede de atenção à saúde básica que é a coordenadora do cuidado.²¹ Entretanto, atravessamos ainda diversas barreiras, conforme situações relatadas a seguir: *Eu já fui atendido em delegacia, quando passei dois três meses na delegacia. Fui atendido dentro do presídio, já fui atendido na liberdade, mas o que atendeu mais bem, foi esse que acolhe morador de rua, e o de cadeia, o de delegacia e de presídio, por que esses que o nego vai por conta própria mesmo é maior ignorância (Sujeito 2, 42 anos). Eu sofri um tipo de discriminação uma vez, lá no hospital, foi por um enfermeiro, mas eu soube revidar (Sujeito 5, 38 anos). Já sofri vários tipos de discriminação, descaso, indiferença com o problema da*

gente. Independente da condição, eu acho que todo mundo tem direito a saúde e a educação. Os profissionais tinham que ser formado para ser imparcial né? (Sujeito 7, 25 anos).

CONCLUSÃO

A população em situação de rua conseguiu certa notoriedade, já que a normativa destinada a esse público, a saber, o decreto presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, instituiu a Política Nacional sobre a Promoção de Cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua. Entretanto, a definição dessa Política Pública não garantiu o acesso integral dessas pessoas às ações de saúde.

O relato dos entrevistados, na presente pesquisa, permitiu constatar que a maioria sabe onde poderia acessar a Atenção Básica, sobretudo, através das Unidades Básicas de Saúde (UBS); mas, em contrapartida, relatam que sofreram diversas barreiras para que os pressupostos do SUS que visa o atendimento integral, universal e acessível a todos, sejam colocados em prática, pois este público encontra dificuldades tais como: marcar uma consulta devido à ausência de documentação civil, residência fixa ou pela discriminação sofrida por parte dos profissionais e dos demais pacientes.

O que se observa é que as pessoas em situação de rua recebem atendimento de saúde, na maioria das vezes, por ações realizadas por Organizações Não Governamentais (ONG) que fazem parcerias com a sociedade civil e profissionais de saúde para prestar atendimento a esse público que predominantemente são compostos por pessoas do sexo masculino. Percebeu-se ainda, através dos relatos que, as organizações governamentais não dispõem de profissionais com a sensibilidade necessária para compreender as especificidades dessa população também no quesito tratamento.

Assim, observam-se relatos de falta de medicamentos e local que possam acolhê-los durante o processo de cura, fazendo muitas vezes que a doença, em caso transmissível,

coloque os demais em risco de contaminação; gerando ainda uma possibilidade maior de infecção ou agravo da saúde para o doente.

Outro fator importante é que, no local desta pesquisa, não foram identificadas ações por parte do Consultório na Rua, sendo ainda um instrumento pouco conhecido pela população alvo de sua atuação. Desta forma, foram poucas as observações sobre esse equipamento e os que mencionaram ter tido acesso, não identificaram mais a circulação da equipe pelas ruas do Centro de Fortaleza.

Diante disso, a PSR destaca que recebe auxílio sistemático da sociedade civil e de ONG que prestam serviços de saúde e auxiliam com matérias de higiene, limpeza e refeições. Logo, as ações governamentais são referidas com mais ênfase no âmbito da Política de Assistência Social, através do Centro POP, sendo mínimo a relação deles com qualquer equipamento de saúde.

REFERÊNCIAS

- ¹ ARAÚJO, VFC. **Política Nacional para a População em Situação de Rua**: breve análise. Universidade Federal do Rio Grande do Norte: Natal, 2012.
- ² GIORGETTI, C. **Moradores de rua: uma questão social?** São Paulo: PUC-SP, 2006.
- ³ ROSA, Anderson da Silva; SECCO, Maria Gabriela; BRÊTAS, Ana Cristina Passarela. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**. São Paulo, v. 59, n. 3, p. 331-336, 2006.
- ⁴ BORDIGNON, JS; SILVEIRA, CCS; DELVIVO, EM; ARAÚJO, CP; LASTA, LD; WEILLER, TH. Adultos em situação de rua: acesso aos Serviços de Saúde e Constante Busca Pela Ressocialização. **Contexto e Saúde**. Ed UNIJUÍ. .v.10 n.20 jan/jun 2011 p. 629-634.
- ⁵ Em Fortaleza, 4500 moradores de rua disputam 70 vagas em casas de acolhimento todos os dias. Diário do Nordeste [online]. Fortaleza, 10 de outubro de 2013. Disponível em: <http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/online/em-fortaleza-4500-moradores-de-rua-disputam-70-vagas-em-casas-de-acolhimento-todos-os-dias-1.848973>
Acesso em: 04 de março de 2015.
- ⁶ DANTAS, M. **Construção de Políticas Públicas para População em Situação de Rua no Município do Rio de Janeiro**: Limites, Avanços e Desafios. Dissertação de mestrado. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Março, 2007.
- ⁷ AGUIAR, MM; IRIART, JAB. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(1):115-124, jan, 2012.
- ⁸ MARTINELLI, ML. Os métodos na pesquisa. A pesquisa qualitativa. **Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS**. Recife, ano V, nº 9, p. 117-129, 2005.
- ⁹ MINAYO, MCS. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- ¹⁰ MIOTO, R. C. T. **Perícia Social**: proposta de um percurso operativo. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo: Cortez, n. 67, 2001.
- ¹¹ NETTO, José Paulo; FALCÃO, Maria do Carmo. **Cotidiano**: conhecimento e crítica. 2ª edição. São Paulo: Cortez, 1989.
- ¹² RIGOTTO, Raquel Maria. **Relatos Orais: na encruzilhada entre indivíduo e sociedade em um estudo das representações sociais sobre saúde**. In: Linda M P Gondim. (Org.). Pesquisa em Ciências Sociais - O projeto da Dissertação de Mestrado. Fortaleza: EUFC. 1999. p. 91-110.

¹³ MINAYO, MCS; SOUZA, ER. **A violência sob o olhar da saúde**, Rio de Janeiro: Fio CRUZ, 2003.

¹⁴ BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Rua: aprendendo a contar. Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília/DF: MDS, 2009.

¹⁵ MOURA Jr., JF. **Reflexões sobre a pobreza a partir da identidade de pessoas em situação de rua de Fortaleza**. 2012. 159f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

¹⁶ RODRIGUES, LVBP. **Vidas nas Ruas, Corpos em percursos no Cotidiano da Cidade**. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Federal do Ceará – UFC. Fortaleza, 2005.

¹⁷ COSTA, ALP. **Política municipal de atendimento à população em situação de rua de Fortaleza**. Dissertação (mestrado). Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade. Fortaleza, 2013.

¹⁸ MONTEIRO, MO de A. **Pobreza extrema no espaço urbano: o caso dos moradores das ruas de Fortaleza-CE, Brasil**. 121 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Geografia) – Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2011.

¹⁹ ESMERALDO FILHO, CE. **Necessidades de Saúde dos Moradores de Rua: desafios para as políticas sociais do município de Fortaleza-CE**. 156f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010.

²⁰ LIMA, SG de A. **Vidas do meio fio: os moradores de rua de Fortaleza no contexto da formulação de uma política pública**. Dissertação (Mestrado de Avaliação de Políticas Públicas) – Universidade Federal do Ceará. Fortaleza: 2008.

²¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília, DF, 2012.

²² BRASIL. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

²³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2014.