

PROMOÇÃO DE SAÚDE E VULNERABILIDADES INTERVENÇÃO COM POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Elisângela Leite da Costa Lemos¹

Andreza Cristina da Silva²

Odair Cesar de Lima³

Resumo: A Saúde Pública é um direito constitucional de todo brasileiro, possui caráter universal e gratuito. No entanto, apesar de ser uma política pública universal, a população em situação de rua ainda encontra dificuldades em acessar esse direito. Diante do exposto buscou-se compreender a realidade da população em situação de rua e as contradições existentes quando se refere à saúde dessa população. Dessa forma verificou-se a necessidade de maior articulação entre as políticas para atendimento da população em situação de rua, assim como se torna imprescindível que os profissionais do campo da saúde possuam algumas habilidades, tais como empatia, escuta e acolhimento a fim de promover a inserção dessa população na Política de Saúde.

Palavras-chave: população em situação de rua; saúde pública; direitos.

Introdução

No Brasil, a partir de 1988, conforme a Constituição Federal (artigo 196), a Saúde Pública tornou-se um direito de todos e dever do Estado, foi criado o Sistema Único de Saúde - SUS, abrangendo desde atendimentos básicos até os mais complexos para toda a população.

A ideia, de acordo com o Ministério da Saúde (2018) é que o acesso ao SUS seja universal, gratuito (o financiamento ocorre por meio das três esferas de governo, municipal, estadual e federal) e garantido a todo brasileiro. Deve trabalhar em harmonia com demais políticas, agindo na promoção de saúde que se define como um conjunto de ações sanitárias integradas, inclusive com outros setores do governo e da sociedade, que busca o desenvolvimento de padrões saudáveis de: qualidade de vida, condições de trabalho, moradia, alimentação, educação, atividade física, lazer, entre outros.

Para Czeresnia (2003) a promoção de saúde deve permitir que o indivíduo utilize de conhecimentos para escolher entre um ou outro comportamento,

¹ Elisângela Leite da Costa Lemos - Estudante de Graduação - Centro Universitário Internacional – Uninter

² Andreza Cristina da Silva - Estudante de Pós-Graduação - Universidade Tuiuti do Paraná – UTP - E-mail: deza678@yahoo.com.br

³ Odair Cesar de Lima - Estudante de Graduação - Centro Universitário Internacional - Uninter

conhecendo as implicações de tal escolha, contudo, não se reduz as limitações individuais, responsabiliza também o coletivo e todo o contexto no qual a pessoa está inserida, o que influenciará em seu comportamento.

Embora a lei seja clara quanto ao acesso universal aos equipamentos de saúde, observamos na prática que uma parcela significativa da população fica à margem dos atendimentos e acompanhamentos que a rede dispõe. A população em situação de rua, definida pelo decreto 7.053 de 2009 como um grupo heterogêneo com vínculos familiares rompidos ou fragilizados e sem moradia convencional (Brasil, 2011) encontra dificuldades para acessar os serviços da rede básica de saúde, restando apenas os atendimentos de urgência e emergência como opção (Hallais & Barros, 2015).

Antes de prosseguirmos, é necessário contextualizar o fenômeno multifacetado e multidimensional da população em situação de rua, presente em todo mundo. Estima-se, de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), com dados levantados em 2015 e publicados em outubro de 2016, que o Brasil tenha 101.854 pessoas em situação de rua. A pesquisa foi realizada com base nos dados do Censo do Sistema Único de Assistência Social (Censo Suas) e considerou 1.924 municípios. Sua necessidade se justificou na ausência de dados oficiais, que conforme Natalino (2016), “prejudica a implementação de políticas públicas voltadas para este contingente e reproduz a invisibilidade social da população de rua no âmbito das políticas sociais”.

Historicamente, sabemos que o sistema capitalista não incorpora toda força de trabalho disponível, deixando um exército industrial de reserva, uma massa de trabalhadores sobrantes que perdem a colocação no mundo do trabalho conforme as tecnologias avançam em prol do capital (Trindade, 2017). Além da falta de emprego, fatores como conflitos familiares, uso de álcool e outras drogas, perda ou falta de moradia entre outros, como até mesmo doenças mentais, contribuem para que algumas pessoas busquem nas ruas os meios de subsistência, conforme apontou a pesquisa realizada entre 30 de março e 20 de abril de 2016 e divulgada no mesmo ano pela Fundação de Ação Social de Curitiba, que contabilizou 1.715 pessoas vivendo nas ruas da capital. Confira no gráfico abaixo retirado do jornal Gazeta do Povo:

Motivos que levaram à situação de rua

Drogas	27,0	
Álcool	24,7	
Conflitos familiares	22,3	
Desemprego	9,9	
Perda da moradia	5,9	
Decepção amorosa	4,0	
Preferência / Por opção	2,5	
Não quer responder	2,0	
Ameaça / violência	1,7	

Fonte: Gazeta do Povo

As pessoas em situação de rua fazem parte das expressões da questão social, que se configura como um conjunto de desigualdades desencadeadas pelo sistema capitalista de produção, que acaba gerando, por meio da propriedade privada, uma parcela minoritária com acesso à bens e riqueza social, contrapondo uma parcela majoritária de excluídos (Behring & Boschetti, 2007).

Intervenções de Saúde com a População em Situação de Rua

O atendimento às pessoas em situação de rua se dá por diversas políticas públicas, na política de assistência, o atendimento principal ocorre nos Centros de referência especializado para população em situação de rua – Centro POP, que dispõe de local para a higiene pessoal, lavagem de roupas, guarda de pertences, além de fornecer alimentação e encaminhamentos para acesso aos demais atendimentos, como emissão de documentos, por exemplo, e equipamentos de saúde (Brasil, 2011).

Já o acesso aos serviços de saúde ainda encontra contradições, pois, para este segmento específico da população, a saúde pode ser causa e/ou consequência da situação de rua. Problemas com álcool e outras drogas, por exemplo, podem desencadear processos de fragilização e até ruptura de vínculos familiares, levando as pessoas às ruas, por outro lado, indivíduos que estão em situação de rua encontram nestas mesmas substâncias psicoativas um

certo “refúgio”, onde se amparam para enfrentar as mais diversas situações do cotidiano (MDS, 2009).

Vale lembrar que o conceito de saúde não se restringe apenas a ausência de doenças, engloba “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (WHO, 2014). Ou seja, apenas não estar doente não significa que a pessoa esteja com saúde, demais fatores devem ser considerados, como corpo, mente e relações interpessoais. Evidente, como apontam Carvalho e Santana (2016) que estar completo a todo momento não se faz possível, mas, também não implica que a pessoa esteja em um estado de vulnerabilidade, sem recursos para proteção e suscetível ao adoecimento.

Já o conceito de adoecimento segundo Ayres, Paiva e Junior:

é um processo dinâmico, que envolve determinantes biológicos e comportamentais, sociais e psicossociais, técnicos e políticos que o influenciam já desde as condições que possibilitaram seu surgimento, evolução clínica e desfecho até as diferentes formas como podemos responder a eles. (2010, p.16)

Considerando que a população em situação de rua está em estado extremo de vulnerabilidade, alcançar a saúde na sua plenitude se lança como um desafio que demanda pesquisas no sentido de compreender as relações desta população com a saúde em todas suas implicações.

Conforme apontam Paiva *et al.* (2016), há poucos estudos buscando compreender o processo saúde-doença e como acontece o enfrentamento de doenças pelas pessoas em situação de rua. Os autores ainda destacam que pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) não englobam esta população. Sem dados, o acesso a estes sujeitos fica comprometido e não são elaboradas novas políticas públicas como estratégia de enfrentamento à questão.

Alguns municípios contam com o Consultório na Rua – eCR, equipes multidisciplinares regulamentadas pela portaria 122/2011 que agem como porta de entrada para acesso aos serviços e programas de saúde à população em situação de rua. Conforme disposto na portaria, a eCR integra a rede de atenção básica e deve desenvolver ações que atendam as demandas do público específico, realizando, quando necessário, encaminhamentos para demais equipamentos. Vale ressaltar que a orientação do Ministério da Saúde é de uma equipe para cada oitenta a mil pessoas em situação de rua, assim, no Paraná,

por exemplo, encontramos as equipes em apenas três municípios, Curitiba, Cascavel e Maringá.

A política nacional de atenção básica (2012) orienta que os municípios onde não há atuação dos eCRs a responsabilidade pelo cuidado da saúde das pessoas em situação de rua será das equipes das unidades básicas de saúde e do NASF – Núcleo de apoio a saúde da família, contudo na prática, de acordo com a pesquisa nacional sobre a população em situação de rua realizada entre agosto de 2007 e março de 2008 das 31.922 pessoas entrevistadas, 43,8% procuram inicialmente serviços de urgência e emergência quando estão doentes, apenas 27,4% se dirigem às unidades básicas de saúde (Ministério da Saúde, 2014, p. 25).

A pesquisa documenta ainda que 55% dos entrevistados já foram impedidos de adentrar em estabelecimentos comerciais e órgãos públicos, incluindo equipamentos da rede de saúde. O atendimento não adequado à demanda, o horário de funcionamento e dificuldade de acesso, talvez façam parte dos motivos que levam a população em situação de rua a procurar os serviços de urgência/emergência.

Os principais problemas de saúde relatados foram:

Problemas de saúde referidos	n	%
Cardíacos	116	13,6
Mentais	82	9,6
Problemas respiratórios	81	9,5
Dores em geral	69	8,1
Endócrinos	51	6,0
Neurológicos	48	5,7
Órgãos de sentido	46	5,4
AIDS	44	5,1
Alcoolismo e dependência química	38	4,4
Gástricos e intestinais	35	4,1
Traumatismos e próteses	34	4,0
Paralisias e deficiência física	24	2,8
Circulatórios	17	2,0
Reumatológicos	16	1,9
Hepáticos	13	1,5
Câncer	9	1,1
Resfriados	8	0,9
Anemia, cansaço, fraqueza	8	0,9
Dermatológicos	7	0,8
Renais e urinários	7	0,8
Alérgicos	5	0,5
Saúde bucal	4	0,4
Diversos	60	7,0
Não informado/Não especificado	23	2,7
Sinais e sintomas mal definidos	8	0,9
Total	855	100,0

Fonte: I Censo e Pesquisa Nacional Sobre População em Situação de Rua

Fonte: I Censo e Pesquisa Nacional Sobre População em Situação de Rua

Pode-se observar no quadro acima, os problemas de saúde referidos demandam de acompanhamento e tratamentos que não são encontrados na rede de urgência e emergência, mas sim, na atenção básica, desta forma, fica lançado o desafio de abranger o atendimento a uma parcela da população que tem seus direitos negligenciados pelo Estado.

Esta reflexão do como fazer é parte do trabalho do assistente social, identificar, junto aos usuários e demais profissionais, meios de acesso e uma dinâmica de tratamento que contemple esta demanda de saúde, é promover participação social, ou seja, mudança, conscientização, controle social.

O gráfico abaixo, retirado do Jornal Gazeta do Povo (2016) e novamente conforme a pesquisa da FAS, mostra onde a população vem sendo atendida no município de Curitiba:

Acesso a equipamentos públicos

Centro POP	25,8	
Casa de Passagem	22,3	
Consultório na Rua	16,8	
CREAS	13,6	
UAI	7,8	
CRAS	5,2	
Outras assistências	4,5	
Casa da Acolhida e do	2,0	
Casa de Passagem Feminina	1,9	
Intervidas	0,1	

Fonte: Jornal Gazeta do Povo, 2016

Observa-se que das 1.715 pessoas entrevistadas, apenas pouco mais de 16% relatou acessar o Consultório na Rua. Unidades básicas de saúde sequer aparecem no gráfico, o que evidencia e comunga com o descrito neste texto. Contudo, a passos lentos, a política de saúde está trabalhando para melhor atender este público. Em 2009, mesmo ano do decreto 7.053, o Sistema Único de Saúde lançou a portaria 3.305 que definiu um comitê com atribuição de propor ações que garantam o acesso ao SUS pelas pessoas em situação de rua.

Além do comitê, em fevereiro de 2013 foi lançada a Resolução n. 2, que delibera estratégias e diretrizes, orientando o enfrentamento das desigualdades em saúde da população em situação de rua, visando garantir o acesso aos serviços e melhorar a qualidade de vida (MS, 2014). Já em 2018 foi criada a lei 13.714 que assegura a “atenção integral à saúde, [...] dispensação de medicamentos [...] independentemente da apresentação de documentos que comprovem domicílio”. Isso nos revela a visibilidade que estas pessoas estão ganhando e o espaço de debate que vem sendo conquistado, mesmo que timidamente.

Considerações Finais

Ainda há uma lacuna presente na articulação intersetorial para atender este segmento da população. É necessário que profissionais de diversas áreas se relacionem com objetivos em comum e façam da prática uma forma de identificar demandas e potencialidades da rede visando a melhoria na qualidade do atendimento (ROSA & FERREIRA, 2016). Conforme apontam Alcântara,

Abreu e Farias (2015) é necessário conhecer a rotina e estratégias de sobrevivência da população em situação de rua, bem como suas relações com o processo de adoecimento para então formular políticas públicas efetivas, que alcancem essas pessoas em suas particularidades. Dias e Barbosa (2014) nos lembram que “a ação política é remediativa e não preventiva”. Ou seja, o Estado intervém nas expressões da questão social, não atuando de maneira a evitá-las.

O trabalhador, ao atender a pessoa em situação de rua, deve expressar algumas habilidades como empatia, escuta e acolhimento, visando promover um encontro terapêutico e estabelecer uma aliança capaz de empoderar quem está sendo atendido (JAMRA, CARVALHO & SANTANA, 2016). A aliança terapêutica tem a capacidade de firmar relações positivas, mesmo que o atendido acione mecanismos de defesa.

Para uma escuta qualificada, capaz de gerar vínculos, o profissional deve observar a suspensão de juízos de valores, não prejudicar o usuário e vê-lo com alguém único. Além disso, conforme mostra Jamra, Carvalho e Santana (2016) auxiliar a pessoa que está sendo atendida a dar sentidos para as demandas apresentadas e adaptá-las aos desejos. A intervenção, assim como cada atendimento, será individual e personalizada, pois, cada indivíduo carrega consigo uma história única, além de suas crenças, valores e subjetividades. Respeitar o tempo de cada um é fundamental para sequência do atendimento, as aproximações devem ser cautelosas e sucessivas além de claras, mostrando ao usuário o objetivo do tratamento, tempo, como será realizado, entre outros aspectos.

A partir da demanda constatada, deverá se verificar qual a rede disponível para proceder com os cuidados necessários. Além do trabalho intersetorial, sugere-se uma rede interpessoal, conhecer pessoalmente os profissionais de diversos setores para onde se possa realizar encaminhamentos, faz-se importante. Assim valida-se o trabalho nos demais equipamentos, bem como se conhece o trabalho dos demais, a fim de mostrar para as diversas áreas o quão fundamental é o trabalho em rede.

Quando o paciente aceita a intervenção, no caso de internamentos, observar, onde a pessoa ficará pós internamento, há abrigos disponíveis? Ela aceita ir para um abrigo? Para medicações de horário, verificar se a pessoa tem

condições de controlar o tempo e se a medicação está disponível no SUS. Certificar-se que a pessoa compreende o que está sendo posto, os benefícios e implicações da intervenção.

Em qualquer caso, partir sempre do desejo do indivíduo, criar vínculo, respeitar seu tempo e pensar junto, fazer com e não para, garantindo assim o respeito ao individualismo, ao sujeito. Finalizamos com a síntese do encontro de um profissional com uma pessoa em situação de rua, nas palavras de Jamra, Carvalho e Santana (2016) “temos a oportunidade de inaugurar novas experiências de relacionamento com o sujeito, a depender do olhar que temos para ele e da aposta que fazemos com ele e isso pode ser transformador”.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, Stefania Carneiro de; ABREU, Desirée Pereira de; FARIAS, Alessandra Araújo. Pessoas em Situação de Rua: das Trajetórias de Exclusão Social aos Processos Emancipatórios de Formação de Consciência, Identidade e Sentimento de Pertença. **Revista Colombiana de Psicología**, [s.l.], v. 24, n. 1, p.129-143, 17 maio 2015. Universidad Nacional de Colombia. <http://dx.doi.org/10.15446/rcp.v24n1.40659>.

AYRES, José Ricardo; PAIVA, Vera; FRANÇA JUNIOR, Ivan. Conceitos E Práticas de Prevenção: Da História Natural da Doença ao Quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos. In: NEPAIDS. **Apostila do Curso de Especialização em Prevenção ao HIV/Aids no Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos**. São Paulo: Nepaids, 2010.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua: Um direito humano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério Do Desenvolvimento Social E Combate À Fome - MDS. **Rua: aprendendo contar**: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Brasília, DF: MDS, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009.

BRASIL. Ministério Do Desenvolvimento Social E Combate À Fome – MDS. **Orientações Técnicas**: Centro de Referência Especializado para

População em Situação de Rua – Centro Pop. 3. ed. Brasília: Gráfica e Editora Brasil, 2011.

CARVALHO, Luciana; SANTANA, Carmen. Visão geral sobre Saúde Mental. In: SANTANA, Carmen Lúcia Albuquerque de; ROSA, Anderson da Silva (Orgs.). **Saúde mental das pessoas em situação de rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social.** São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte, 2016. p.39-44.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DIAS, Maria Sara de Lima; BARBOSA, Heloísa Monte Serrat. A psicologia social comunitária e as práticas grupais com idosos ex-moradores de rua. **Tuiuti: Ciência e Cultura**, Curitiba, v. 5, n. 49, p.107-122, 15 out. 2014.

JAMRA, Carolina Chaccur Abou; CARVALHO, Luciana; SANTANA, Carmen. O encontro entre o profissional da assistência social e o sujeito em situação de rua. In: SANTANA, Carmen Lúcia Albuquerque de; ROSA, Anderson da Silva (Org.). **Saúde mental das pessoas em situação de rua: Conceitos e práticas para profissionais da assistência social.** São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte, 2016. p. 125-136.

HALLAIS, Janaína Alves da Silveira; BARROS, Nelson Filice de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, julho de 2015.

NATALINO, Marco Antonio. **Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil.** Texto para Discussão 2246 do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Brasília, 2016.

PAIVA, Irismar Karla Sarmiento de et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 8, p.2595-2606, ago. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015218.06892015>.

PIVA, Naiady. **Curitiba tem 1,7 mil moradores de rua; maioria tem família na região.** 2016. Disponível em: <<https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/futuro-das-cidades/curitiba-tem-17-mil-moradores-de-rua-maioria-tem-familia-na-regiao-cg6hv3l51sk3lgov4bd8dneil/>>. Acesso em: 18.Jul.2019.

ROSA, Anderson da Silva; FERREIRA, Lucilene Renó. Introdução à Temática. In: SANTANA, Carmen Lúcia Albuquerque de; ROSA, Anderson da Silva



(Org.). **Saúde mental das pessoas em situação de rua: Conceitos e práticas para profissionais da assistência social.** São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte, 2016.

TRINDADE, Hiago. Crise do capital, exército industrial de reserva e precariado no Brasil contemporâneo. **Serviço Social & Sociedade**, [s.l.], n. 129, p.225-244, ago. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.106>.

World Health Organization (WHO). **Basic Documents.** 2014. Disponível em: <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>>. Acesso em: 18.jul.2019.