

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Fabiana Aparecida Almeida Lawall Valle

**SAÚDE COMO DIREITO: o acesso da população em situação de rua ao
Sistema Único de Saúde**

Juiz de Fora
2018

Fabiana Aparecida Almeida Lawall Valle

**SAÚDE COMO DIREITO: o acesso da população em situação de rua ao
Sistema Único de Saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Política, gestão e avaliação do Sistema Único de Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Beatriz Francisco Farah

Juiz de Fora

2018

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Valle, Fabiana Aparecida Almeida Lawall.

Saúde como direito : o acesso da população em situação de rua ao Sistema Único de Saúde / Fabiana Aparecida Almeida Lawall Valle. – 2018.

213 f.

Orientadora: Beatriz Francisco Farah

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2018.

1. Direito à saúde. 2. Equidade no acesso. 3. Pessoas em situação de rua. I. Farah, Beatriz Francisco, orient. II. Título.

FABIANA APARECIDA ALMEIDA LAWALL VALLE

“Saúde como Direito: o acesso da população em situação de rua ao Sistema Único de Saúde”.

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em 22/03/2018



Beatriz Francisco Farah – UFJF



Nivaldo Carneiro Júnior – FCMSCSP



Sabrina Pereira Paiva – UFJF

Dedico esta pesquisa a todas as pessoas que, de alguma forma, mobilizaram em mim o desejo de buscar pela justiça social. Às mulheres e aos homens que vivenciam a situação de rua, que sobrevivem no cenário urbano, muitas vezes de maneira solitária, enfrentando diariamente diversas formas de violência, resistindo e clamando por proteção social.

Às mulheres e aos homens que gentilmente aceitaram o convite para participarem desta pesquisa.

Por compartilharem suas experiências, lutas, perdas, vitórias, tristezas e alegrias.

Por permitirem minha aproximação e por contribuírem de forma intensa para a minha formação.

Por promoverem reflexões que transformaram meu modo de pensar e agir.

Às pessoas que possam se permitir sensibilizar com o cuidado às pessoas em situação de rua, com seu modo de sobreviver e com suas trajetórias de vida.

Dedico a todos que se comprometem com a proteção dessa população, que lutam por seus direitos, que se mobilizam pela construção de políticas voltadas para as suas especificidades e reivindicam o compromisso do poder público para a efetivação dessas políticas.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à minha mãe Maria Elena, por todo o carinho e presença, e ao meu pai Carlos, que esteve presente neste processo em forma de saudade. Obrigada por sempre estimularem minha curiosidade e minha paixão pelos estudos. Agradeço por se dedicarem à minha formação, por despertarem em mim importantes reflexões sobre justiça social e respeito às diferenças, por alargarem meus horizontes. Agradeço por me amarem e por serem exemplo na minha trajetória de vida.

À minha família que suportou minhas ausências, que permitiu minha tranquilidade para dedicar-me aos estudos, que contribuiu com sua visão de mundo, motivou-me e continuou oferecendo afeto e compreensão.

Ao meu companheiro de vida, Marcello, por me impulsionar na realização da pesquisa, por ser minha fortaleza nas horas de cansaço e ansiedade, por ter sido presente, amoroso e paciente. Agradeço pelas vezes que ficou preocupado comigo, e por todas as estratégias que criou para fortalecer minhas energias.

Aos amigos queridos Rafael, Breno, Mary, Dedé, Paôlla, Júlio e Gisele, que me proporcionaram momentos de alívio, risadas e muitas reflexões. A presença de vocês sempre agiu de forma revigoradora nestes dois anos de estudos. Obrigada por fazerem parte da minha vida, parte desse processo de pesquisa, pela torcida e pelas contribuições.

Ao pequenino Antônio, que esteve presente em meus pensamentos durante o desenvolvimento da pesquisa, fortalecendo meu desejo por um mundo melhor. Que ele cresça em um cenário de mais justiça social, mais respeito, mais igualdade e mais amor.

Às amigas Isa, Madelisa e Marina, que marcaram minha vida durante a experiência que tive na Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. Vocês continuam a fazer parte do meu caminho, tornando-o sempre mais suportável. Agradeço por me encorajarem e por contribuírem significativamente com meu crescimento e formação. À Isa também agradeço pelo carinho ao me acompanhar na reta final de construção da dissertação. Obrigada por todo o cuidado.

À minha orientadora, professora Dra. Beatriz Francisco Farah, por ter acolhido minha pesquisa, aceitando o desafio de desbravar comigo um caminho árduo, por vezes cansativo, mas também emocionante e enriquecedor. Agradeço pela confiança, paciência e dedicação. Por ter sido luz durante meu caminhar nestes dois anos de estudos, possibilitando a ampliação do meu olhar para além do que já conhecia.

Às professoras Dra. Sabrina e Dra. Estela e aos professores Dr. Nivaldo e Dr. Anderson, membros da minha banca examinadora, por terem sido minha inspiração nesta jornada dentro do campo da Saúde Coletiva e por dividirem comigo os seus conhecimentos, enriquecendo minha pesquisa e minha experiência no mestrado.

Aos amigos e professores do Núcleo de Assessoria, Treinamentos e Estudos em Saúde (NATES) por fazerem parte desta trajetória, por acompanharem os passos desta pesquisa com acolhimento e respeito. Por todos os momentos de trocas de experiências e saberes.

À querida Elisângela, secretária do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFJF, que sempre foi tão acolhedora e dedicada.

À Secretaria de Desenvolvimento Social e à Associação Municipal de Apoio Comunitário (AMAC) por permitirem a realização desta pesquisa. Aos amigos do Núcleo do Cidadão de Rua e da Casa de Passagem para Mulheres em Situação de Rua por colaborarem com as entrevistas, ajudando-me a aproximar dos homens e mulheres que compartilharam comigo suas experiências.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão de bolsa e auxílio à pesquisa.

Enfim, obrigada a todos, pelo cuidado, pelo apoio, pelo incentivo, pela amizade, pela torcida e por serem presentes em minha vida.

*Não é na resignação,
mas na rebeldia em face às injustiças que nos afirmaremos.
(Paulo Freire, 1996, p. 87)*

RESUMO

No Brasil, a saúde foi instituída como direito na década de 1980. No mesmo período, a população em situação de rua se organizava pela garantia de sua cidadania. O acesso ao Sistema Único de Saúde é um pressuposto para a dignidade desse grupo, que, pela vulnerabilidade social, é exposto a fatores que interferem na saúde e que demandam respostas técnicas, gerenciais e de políticas intersetoriais. Objetivou-se com a pesquisa compreender como é o acesso ao Sistema Único de Saúde na percepção dos adultos em situação de rua do município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Optou-se pela abordagem metodológica qualitativa, com estudo descritivo exploratório. As técnicas utilizadas foram as entrevistas individuais semiestruturadas e a observação seguida de registro em diário de campo. Participaram vinte pessoas em situação de rua do município. As informações foram analisadas à luz da Hermenêutica Dialética. As entrevistas foram transcritas e as informações foram organizadas e classificadas, encontrando-se núcleos de sentido que possibilitaram formar as seguintes categorias de análise: “motivos que conduzem as pessoas para a situação de rua e suas estratégias para sobrevivência ou para mudanças de vida”, “a vivência na rua e sua interferência na saúde”, “o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde: acolhimento e dificuldades enfrentadas” e “o direito à saúde: a voz da população em situação de rua”. Sobre os motivos que levaram as pessoas para a situação de rua, identificou-se a ruptura ou fragilidade dos vínculos familiares e o uso prejudicial de álcool e outras drogas. A principal estratégia para a sobrevivência nas ruas relatada foi a realização de trabalho informal. Sobre os aspectos da vivência nas ruas que interferem na saúde, destacaram-se dificuldades para atender às necessidades básicas, como alimentação, acesso a banheiros e realização da higiene pessoal; dificuldades relacionadas às mudanças climáticas; vivência de discriminação e preconceito; o uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas; a vulnerabilidade à violência física e sexual, a vulnerabilidade do trabalho informal; e a dificuldade em ter um lugar para permanecer durante o dia. O acesso aos serviços de saúde ocorre, com maior frequência, pelas situações de urgência e emergência. Assim, os serviços mais acessados são aqueles que recebem este tipo de demanda. Em contraponto, o acesso à Atenção Básica é limitado, sendo ofertadas duas vagas semanais à população estudada, em uma Unidade Básica de Saúde do município. O acesso ocorre com mediação dos equipamentos da rede de proteção social ou do Consultório na Rua. São dificuldades para o acesso aos serviços de saúde: a necessidade da apresentação de documentos; a comprovação de residência; o tratamento que desconsidera as condições socioeconômicas e culturais do indivíduo; e o preconceito. Muitos participantes da pesquisa demonstraram ter percepção dos seus direitos, entretanto esbarram em dificuldades para exercê-los, como o preconceito, a falta de informação e a dificuldade de acesso aos diversos serviços, incluindo os de saúde. A pesquisa evidenciou a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, e também a necessidade de ampliação dos serviços de Atenção Básica e da equipe de Consultório na Rua.

Palavras-chaves: Direito à Saúde. Equidade no Acesso. Pessoas em Situação de Rua.

ABSTRACT

In Brazil, health was instituted as a right in the 1980s. During the same period, the homeless people were organized to ensure their citizenship. Access to the Unified Health System is a prerequisite for the dignity of this group, which, due to social vulnerability, is exposed to factors that interfere with health and require technical, managerial and intersectoral policy responses. The objective of this research was to understand the access to the Unified Health System in the perception of the homeless adults in the city of Juiz de Fora, Minas Gerais. We chose a qualitative methodological approach, with an exploratory descriptive study. The techniques used were the semi-structured individual interviews and the observation followed by recording in the field diary. Twenty homeless people participated in the research. The information was analyzed in the light of Dialectic Hermeneutics. The interviews were transcribed and the information was organized and classified, finding cores of meaning that made it possible to form the following categories of analysis: "motives that lead homeless people and their strategies for survival or change of life," "The experience on the street and its interference in health", "the access of the homeless people to health services: reception and difficulties faced" and "the right to health: the voice of the homeless population". About the reasons that led people to the street situation, it was identified the rupture or fragility of family ties and the harmful use of alcohol and other drugs. The reported main strategy for street survival was informal work. Regarding the aspects of living on the streets that interfere with health, there were difficulties to meet basic needs, such as food, access to bathrooms and personal hygiene; difficulties related to weather change; discrimination and prejudice; harmful use of alcohol and / or other drugs; vulnerability to physical and sexual violence, vulnerability from informal work; and the difficulty to have a place to stay during the day. Access to health services occurs more frequently in urgent and emergency situations. Thus, the most accessed services are those that receive this type of demand. In contrast, Basic Attention is underutilized, being offered two weekly vacancies to the population studied in a Basic Health Unit of the municipality. The access takes place through the mediation of the social protection network or the Street Clinic. There are difficulties in accessing health services: the need to present documents; proof of residence; treatment that disregards the socioeconomic and cultural conditions of the individual; and prejudice. Many participants in the research showed that they know their rights, but they found barriers to exercise it, such as prejudice, lack of information and difficulty accessing various services, including health services. The research evidenced the need for capacitation of health professionals, as well as the need to expand the Primary Care services and the Street Clinic team.

Keywords: Right to Health. Equity in Access. Homeless persons.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa 1	Localização de Juiz de Fora/MG	55
Mapa 2	Distribuição de UBS por região administrativa de Juiz de Fora/MG	57
Mapa 3	Cenários do estudo	60
Quadro 1	As Conferências Nacionais de Saúde e o Cenário Brasileiro	20
Quadro 2	População em situação de rua no município de Juiz de Fora/MG em 2016	56
Quadro 3	Unidades Básicas de Saúde no município de Juiz de Fora/MG ...	56
Quadro 4	Unidades Pré-Hospitalares e Hospitalares pactualizadas na Rede de Urgência e Emergência do município de Juiz de Fora/MG	58
Quadro 5	Centros de Atenção Psicossocial no município de Juiz de Fora/MG	59
Quadro 6	Quadro de análise das entrevistas	66
Quadro 7	Caracterização dos participantes da pesquisa	80
Quadro 8	Dificuldades da vivência na rua que interferem na saúde	89

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
Centro POP	Centro de Referência Especializado para a População Adulta em Situação de Rua
CF/88	Constituição Federal de 1988
CNS	Conferências Nacionais de Saúde
CPMSR	Casa de Passagem para Mulheres em Situação de Rua
DPGU	Defensoria Pública-Geral da União
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPS	Hospital de Pronto Socorro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MNPR	Movimento Nacional da População de Rua
NCR	Núcleo do Cidadão de Rua
NOB 93	Norma Operacional Básica 01/93
NRF	Novo Regime Fiscal
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDAPS	Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPSR	Política Nacional para a População em Situação de Rua
Prev-Saúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	O DIREITO À SAÚDE: UMA CONQUISTA SOCIAL	17
3	POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	33
3.1	A saúde da população em situação de rua e os seus determinantes	39
4	POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	44
4.1	A Política Nacional para a População em Situação de Rua	46
4.2	Uma proposta de cuidado à saúde junto à população em situação de rua	49
4.3	Equipamentos de saúde e equipamentos sociais de proteção à população em situação de rua	50
5	OBJETIVOS	53
5.1	Objetivo geral	53
5.2	Objetivos específicos	53
6	PERCURSO METODOLÓGICO	54
6.1	Conhecendo o campo do estudo: o município de Juiz de Fora	55
6.2	Os cenários do estudo	59
6.3	Coleta de informações	61
6.4	Os participantes da pesquisa	62
6.5	Análise das informações	64
6.6	O piloto da pesquisa	67
7	HERMENÊUTICA DIALÉTICA	69
7.1	A hermenêutica	69
7.2	A dialética	73
7.3	Articulação entre hermenêutica e dialética	77

8	RESULTADOS E DISCUSSÃO	79
8.1	Caracterização da população participante da pesquisa	79
8.2	Motivos que conduzem as pessoas para a situação de rua e as estratégias para a sobrevivência	82
8.3	A vivência na rua e sua interferência na saúde	89
8.4	O acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde: acolhimento e dificuldades enfrentadas	100
8.5	Direito à saúde: a voz da população em situação de rua	114
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
	REFERÊNCIAS	126
	APÊNDICE A – Roteiro da entrevista semiestruturada	139
	APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido	140
	APÊNDICE C – Quadro das sínteses horizontal e vertical das entrevistas	141
	APÊNDICE D – Caminho percorrido por E1 quando tem necessidades de saúde	185
	APÊNDICE E – Caminho percorrido por E2 quando tem necessidades de saúde	186
	APÊNDICE F – Caminho percorrido por E3 quando tem necessidades de saúde	187
	APÊNDICE G – Caminho percorrido por E4 quando tem necessidades de saúde	188
	APÊNDICE H – Caminho percorrido por E5 quando tem necessidades de saúde	189
	APÊNDICE I – Caminho percorrido por E6 quando tem necessidades de saúde	190
	APÊNDICE J – Caminho percorrido por E7 quando tem necessidades de saúde	191
	APÊNDICE K – Caminho percorrido por E8 quando tem necessidades de saúde	193
	APÊNDICE L – Caminho percorrido por E9 quando tem necessidades de saúde	193
	APÊNDICE M – Caminho percorrido por E10 quando tem necessidades de saúde	194
	APÊNDICE N – Caminho percorrido por E11 quando tem necessidades de saúde	195

APÊNDICE O – Caminho percorrido por E12 quando tem necessidades de saúde	196
APÊNDICE P – Caminho percorrido por E13 quando tem necessidades de saúde	197
APÊNDICE Q – Caminho percorrido por E14 quando tem necessidades de saúde	198
APÊNDICE R – Caminho percorrido por E15 quando tem necessidades de saúde	199
APÊNDICE S – Caminho percorrido por E16 quando tem necessidades de saúde	200
APÊNDICE T – Caminho percorrido por E17 quando tem necessidades de saúde	201
APÊNDICE U – Caminho percorrido por E18 quando tem necessidades de saúde	202
APÊNDICE V – Caminho percorrido por E19 quando tem necessidades de saúde	203
APÊNDICE X – Caminho percorrido por E20 quando tem necessidades de saúde	204
APÊNDICE Z – Principais serviços acessados quando apresentam algum problema de saúde	205
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	206

1 INTRODUÇÃO

*Quem, melhor que os oprimidos,
se encontrará preparado para entender
o significado terrível de uma sociedade opressora?
Quem sentirá, melhor que eles, os efeitos da opressão?
Quem, mais que eles, para ir compreendendo
a necessidade da libertação?
(Paulo Freire, 1968, p. 18)*

O interesse da pesquisadora pelos Direitos Humanos surgiu concomitantemente com sua inserção no curso de graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). É impossível estar diante de teorias que revelam as complexidades que compõem o ser humano, como o seu processo histórico-social, suas interações familiares, suas relações de afeto e não pensar na perversidade do sistema que muitas vezes o oprime e segrega.

Como área de atuação profissional, a pesquisadora escolheu a Psicologia da Saúde, que estrutura seu conhecimento a partir da relação entre os processos psíquicos e os processos envolvidos no estado de saúde/doença, aos quais a questão social está intrinsecamente ligada.

Durante as atividades desenvolvidas no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto do Hospital Universitário da UFJF, a pesquisadora realizou seu primeiro atendimento a uma pessoa em situação de rua que estava internada no hospital. Muitas foram as especificidades daquele atendimento, tanto em relação ao paciente quanto em relação à equipe que estava tentando lidar com aquela internação. A partir daí, surgiu o desejo de pesquisar sobre o acesso da população em situação de rua ao Sistema Único de Saúde (SUS), e a área da Saúde Coletiva mostrou-se um campo extremamente fértil na produção de elementos que ajudariam no percurso.

A Saúde Coletiva emergiu na década de 1970 como um campo de teorias e práticas em saúde que impulsionou as lutas pela estruturação de um novo paradigma no setor. A partir das inúmeras discussões realizadas em movimentos organizados naquela época, efetivaram-se, com foco na justiça social, algumas mudanças na Constituição Federal. Nesse sentido, a saúde tornou-se direito universal, e buscava-se um sistema de saúde capaz de proporcionar acesso amplo,

integral e simplificado a todos os cidadãos (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Surgiram então novas políticas públicas e um novo sistema de saúde, com a proposta de práticas mais integrativas, com valorização do social e da subjetividade, com estímulo ao estabelecimento de laços entre a população e os profissionais de saúde e com a priorização de ações preventivas e de promoção de saúde (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Enquanto no campo da saúde havia uma efervescência de mobilizações e transformações, a população em situação de rua também começava a se organizar na década de 1980, sobretudo em São Paulo/SP e em Belo Horizonte/MG. Tal organização pretendia conquistar políticas que garantissem o exercício da cidadania e a luta pela igualdade de direitos (BOVE; FIGUEIREDO, 2016).

Os passos estabelecidos pelas políticas públicas para a população em situação de rua ainda são tímidos, mas é inegável que a construção da *Política Nacional para a População em Situação de Rua*, publicada em 2009, foi um avanço para a superação da invisibilidade social que acompanha este grupo (BOVE; FIGUEIREDO, 2016).

A política institui algumas diretrizes importantes para atender as necessidades específicas das pessoas em situação de rua, como trabalho, desenvolvimento urbano, assistência social, educação, segurança alimentar e nutricional, saúde e cultura (BRASIL, 2009a). A garantia de acesso¹ ao SUS compõe uma de suas diretrizes. Ao mesmo tempo, o acesso à saúde, de forma universal, foi instituído como direito pela Constituição Federal em 1988, o que aponta para o fato de que o acesso ao SUS pelas populações mais vulneráveis, com adequação dos serviços e ações existentes, ainda deve ser visto com um olhar mais atento, na perspectiva da promoção da equidade.

O acesso da população em situação de rua aos serviços e ações de saúde é um pressuposto essencial para a dignidade desse grupo, que, pela vulnerabilidade

¹ O acesso aos serviços de saúde é entendido por Giovanella e Fleury (1996) como um conceito multifacetado, que envolve cinco dimensões para se alcançar a universalização da atenção. São elas: política, econômica-social, organizativa, técnica e simbólica. A dimensão política do acesso relaciona-se com a pactuação entre as instâncias gestoras e a participação social. A dimensão econômico-social refere-se aos investimentos públicos nos serviços e programas de saúde, e também às barreiras sociais, econômicas e culturais ao acesso. A dimensão organizacional tem relação com a porta de entrada, o fluxo de atendimento e as barreiras geográficas. A dimensão técnica tem a ver com a integralidade da atenção, sua qualidade, o acolhimento e o vínculo. Já a dimensão simbólica relaciona-se com a cultura da comunidade, suas crenças, seus valores e a subjetividade.

social, é exposto a vários fatores que interferem na saúde. Dormir ao relento, a exposição às variações climáticas, a falta de alimentação e nutrição adequadas, e a vivência do preconceito e da discriminação são fatores que podem determinar as condições de saúde (AGUIAR; IRIART, 2012; BARATA et al., 2015; BRASIL, 2012a; CAMPBELL et al., 2015; FARIAS et al., 2014). Tais fatores demandam respostas técnicas e gerenciais de políticas setoriais e, sobretudo, as de natureza intersetorial.

O tema escolhido procura desenvolver a compreensão sobre como é o acesso ao Sistema Único de Saúde pelos adultos em situação de rua do município de Juiz de Fora, Minas Gerais. As questões norteadoras deste estudo buscaram responder as seguintes perguntas: como está estruturada a rede de cuidados para essa população? Essa população tem acesso aos serviços de saúde? Em quais circunstâncias este acesso acontece? A rede de atenção à saúde está organizada de forma a respeitar o direito à saúde, em consonância com a *Política Nacional para a População em Situação de Rua*?

Mesmo com a relevância do tema, é possível constatar que ainda há muito o que ser pesquisado sobre os processos de saúde/doença das pessoas em situação de rua, especialmente sob a óptica de entender a relação dessas pessoas com o SUS e seu acesso a ele. Sabendo-se que a consolidação do SUS ainda está ameaçada, torna-se de tenaz importância provocar tal debate levando-se em consideração a possibilidade de contribuir para melhorias dos serviços prestados. Além disso, Aguiar e Iriart (2012) apontam que discutir com as pessoas em situação de rua sobre os vários aspectos que envolvem as questões de acesso ao sistema de saúde é também possibilitar um espaço de vocalização e de apropriação de direitos.

Diante do exposto, o objetivo geral da pesquisa que será apresentada nesta dissertação é compreender como é o acesso ao Sistema Único de Saúde na percepção dos adultos em situação de rua do município de Juiz de Fora, Minas Gerais.

2 O DIREITO À SAÚDE: UMA CONQUISTA SOCIAL

*Assim como eu respeito o direito deles,
eles também têm que respeitar o nosso, né?
A saúde é direito e felizmente é pra todos.
(E4 – pessoa em situação de rua de Juiz de Fora)*

A doença, quando não interrompe a vida, provoca necessariamente mudanças. Nesse sentido, Canguilhem (1943), afirma que “a doença não é apenas o desaparecimento de uma ordem fisiológica, mas o aparecimento de uma nova ordem vital” (p.76). Assim, a conservação da vida depende da saúde em suas múltiplas dimensões. O direito à saúde decorre do direito à vida, sendo um direito fundamental do homem. Este capítulo apresenta uma breve contextualização da questão dos direitos fundamentais, e afirma a saúde como uma conquista social.

Os direitos fundamentais surgiram com os ideais iluministas e com os interesses da classe burguesa no século XVII, visando a liberdade nas relações econômicas e a queda do poder absoluto dos soberanos. Buscava-se a autonomia individual e a ausência da intervenção do Estado, demarcando a primeira dimensão dos direitos fundamentais, que são considerados direitos de defesa. São direitos fundamentais de primeira dimensão os direitos à vida, à liberdade, à propriedade e à igualdade (DUARTE, 2011).

O liberalismo nas relações econômicas gerou um quadro de extrema exploração da força de trabalho. A riqueza concentrava-se cada vez mais nas mãos daqueles que detinham os meios de produção, enquanto os trabalhadores explorados viviam um quadro social de deterioração, fruto de profundas desigualdades. Neste cenário surgiram os chamados direitos sociais, visando diminuir a devastação provocada pelo sistema. Tais direitos conclamam a ação estatal para o oferecimento de serviços públicos essenciais para a dignidade humana. Portanto, são direitos fundamentais de segunda dimensão os direitos à saúde, à assistência social, à educação, à moradia, à cultura e ao lazer, dentre outros (DUARTE, 2011).

Além da função de proteger o homem de eventuais arbitrariedades cometidas pelo próprio Poder Público, os direitos fundamentais também convocam o Estado a assumir medidas, pautadas na promoção da justiça social, que impliquem melhorias nas condições sociais dos cidadãos.

São características dos direitos fundamentais: a universalidade – os direitos fundamentais devem ser aplicados a todos os cidadãos; a historicidade – possuem vinculação a contextos históricos específicos; a constitucionalização – são instituídos constitucionalmente; e a inalienabilidade – o homem não pode abrir mão deles (DUARTE, 2011).

Nunes (2009) ressalta que, para um Estado assumir a saúde como um direito fundamental, deve levar em conta suas características histórico-sociais e as concepções do que é a saúde, ou seja, os saberes sobre o que é saúde que emergem das práticas científicas e profissionais e também dos movimentos sociais. No Brasil, o direito à saúde foi uma conquista e o setor saúde se conformou em uma arena de inúmeros debates e lutas. Quando a população foi convocada a juntar sua voz com as vozes da academia e dos trabalhadores do setor, é que o SUS começou a se alicerçar. Buscava-se a saúde entendida de maneira ampla, multideterminada por fatores além de biológicos, sociais, psíquicos, culturais, econômicos. Portanto, instituir a saúde como um direito fundamental, dentro da sua amplitude é também atribuir ao Estado a organização de políticas intersetoriais que contribuam para a efetivação deste direito. O direito fundamental à saúde não pode ser visto de forma fragmentada, ele carrega consigo os direitos à educação, ao trabalho, ao lazer, à previdência social, à alimentação, à segurança, à moradia.

A assistência à saúde em cada país é estruturada de acordo com prioridades e possui particularidades na organização, gestão e financiamento das ações (CONILL, 2006), sendo que os sistemas de saúde são considerados uma resposta social às questões de saúde que envolvem uma população. Os componentes de um sistema de saúde, assim como seus mecanismos de alocação de recursos, e suas modalidades de prestação de serviços e de gestão estão relacionados intimamente com o modelo de proteção social de cada país, que está ligado às suas características histórico-sociais, culturais, econômicas e políticas (LOBATO; GIOVANELLA, 2009).

As modalidades de proteção social variam de acordo com a concepção das políticas sociais e possuem impactos na construção da sociedade, gerando distintas condições de cidadania. O conceito de cidadania vincula-se à ideia de que, apesar das desigualdades sociais, os indivíduos podem vivenciar igualdade na esfera política (FLEURY; OUVRENEY, 2009; LOBATO; GIOVANELLA, 2009).

São três os modelos de proteção social: o modelo de Assistência Social, o modelo de Seguro Social e o modelo de Segurança Social (CONILL, 2006; FLEURY; OUVÉNEY, 2009; LOBATO; GIOVANELLA, 2009).

O modelo de Assistência Social tem sua ênfase no mercado, e atribui ao Estado papel mínimo e complementar. Neste modelo, organizado por meio de doações e fundos administrados por organizações voluntárias, as necessidades da população são realizadas conforme os interesses individuais. Sua estrutura é fragmentada, com ações descontínuas, pontuais e emergenciais. Diversas produções referem-se a este modelo como “modelo de cidadania invertida” (CONILL, 2006; FLEURY; OUVÉNEY, 2009; LOBATO; GIOVANELLA, 2009).

O modelo de Seguro Social, regulado e de natureza corporativa, foi inicialmente implantado por Bismark, na Alemanha. Sua cobertura é realizada para grupos de trabalhadores formalmente contratados e que recebem compensações proporcionais às suas contribuições ao seguro, de acordo com categorias profissionais. Os benefícios ocorrem de forma fragmentada, no sentido de diferenciar a assistência conforme as diferentes categorias de trabalhadores (CONILL, 2006; FLEURY; OUVÉNEY, 2009; LOBATO; GIOVANELLA, 2009).

O modelo de Segurança Social é baseado no Plano Beveridge, que, na Inglaterra, em um contexto de Segunda Guerra Mundial (1942), estabeleceu um projeto de ordem social fundamentado na garantia dos direitos sociais. Neste modelo, que atribui ao Estado um papel central, é prevista a destinação de recursos do orçamento público para a manutenção das políticas sociais, garantindo um padrão mínimo de benefícios que depende sobretudo da necessidade dos indivíduos. Possui, portanto, caráter universal. Os benefícios são assegurados de forma universalizada, como direitos sociais e, por isso, é conhecido como “modelo de cidadania universal” (CONILL, 2006; FLEURY; OUVÉNEY, 2009; LOBATO; GIOVANELLA, 2009).

As políticas de saúde fazem parte da rede de proteção social, e influenciam e são influenciadas por diversos aspectos da dinâmica social, como habitação, saneamento básico, trabalho, alimentação, educação, transporte e lazer, dentre outros (FLEURY; OUVÉNEY, 2009; LOBATO; GIOVANELLA, 2009).

No Brasil, a Seguridade Social foi planejada em 1988. Muitas foram as lutas para que a questão social fosse admitida como responsabilidade coletiva. No setor saúde, anteriormente à Constituição Federal de 1988, vivenciou-se um período

marcado pelo modelo das campanhas sanitaristas, que primavam pelo combate às grandes epidemias, pela concentração de decisões tecnocratas, e pelo estilo repressivo da intervenção médica nos corpos individual e social. Eram nos setores médicos que o projeto de saúde do Estado estava ancorado (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; PAIM, 2011). Os serviços de saúde eram acessados por trabalhadores formalizados que contribuísssem com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Com a finalidade de vislumbrar os caminhos percorridos pelo setor saúde ao longo do tempo, será apresentada a seguir uma análise dos Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), em paralelo com os momentos históricos vivenciados no país nos períodos em que foram realizadas. O quadro abaixo apresenta uma síntese.

Quadro 1 – As Conferências Nacionais de Saúde e o Cenário Brasileiro

Conferência Nacional de Saúde (ano)	Relatório	Situação do país
1ª CNS (1941) 2ª CNS (1950)	- As discussões giraram em torno do campo próprio do sanitarismo.	- Processos de urbanização e industrialização crescentes; - Fluxo de transição migratória rural-urbana da população mais pobre; - A carteira de trabalho como garantia o acesso da população aos serviços sociais. - Busca pelo emprego formal além da sua oferta; - População mais pobre permanecia sem acesso aos direitos sociais, como a saúde.
3ª CNS (1963)	- Debateu-se sobre as atividades médico-sanitaristas; - Delineou-se propostas de estabelecimento de um Plano Nacional de Saúde descentralizado.	- Momento político com posições polarizadas em relação aos planos de desenvolvimento social e econômico. - Em 1964 deflagração do golpe e consequente regime militar; - As propostas da 3ª CNS foram inviabilizadas. - As desigualdades sociais aumentavam; - Um grande número da população continuava desassistida pelo Estado.
4ª CNS (1967)	- Dedicou-se ao planejamento de recursos humanos; - Debates sobre a formação dos profissionais da saúde, voltada para especialidades.	- Diminuição do processo migratório rural-urbano e ápice do número de moradores nas favelas; - O acesso aos direitos sociais permanecia ligado ao trabalho formal; - A proteção social cabia às Organizações Não Governamentais.
5ª CNS (1975)	- Discutiu a implementação dos programas: Saúde Materno-Infantil, Controle de Grandes	- Período marcado por desigualdades sociais; - O modelo socioeconômico considerava a miséria como responsabilidade individual;

	Endemias e Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais.	- O setor saúde teve o maior orçamento da história, que foi destinado à expansão em número de leitos hospitalares; - A preocupação em saúde voltava-se para os avanços tecnológicos.
6ª CNS (1977)	- Levantou a necessidade de avaliação do Programa de Controle das Grandes Endemias e do Programa Interiorização das Ações e dos Serviços de Saúde (Piass).	- O cenário da 5ª CNS permanecia.
7ª CNS (1980)	- As discussões giraram em torno da formulação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde).	- Crescimento elevado do número de pessoas morando nas ruas; - Apenas os movimentos sociais preocupavam-se com a miséria e suas consequências; - Contexto de oposição à ditadura; - Propostas de democratização do sistema governamental e do setor saúde.
8ª CNS (1986)	- Fundamental para a proposta da Reforma Sanitária no país; - Convocou a participação da sociedade civil; - Temas: saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e financiamento do setor.	- Fim do regime militar em 1985; - O Relatório Final da 8ª CNS foi incorporado na Constituição Federal de 1988 (CF/88) como o capítulo da Saúde; - Estabeleceu-se a saúde como um direito universal.
9ª CNS (1992)	- Discussões sobre a ação dos municípios no setor; - Financiamento como mobilização nacional; - Proposta de extinção do INAMPS.	- Momento econômico marcado pela hiperinflação; - Grandes desigualdades sociais; - Desemprego crescente; - <i>Impeachment</i> do presidente Collor (1990-1992).
10ª CNS (1996)	- Destacou a importância de avaliação do SUS.	- Período de privatizações e redução do papel do Estado; - A Reforma Sanitária caminhava na contramão da agenda restritiva de direitos que ainda responsabilizava cada indivíduo por sua saúde.
11ª CNS (2000) 12ª CNS (2003) 13ª CNS (2007) 14ª CNS (2011)	- Debates em torno do acesso, da qualidade e da humanização da atenção à saúde, com controle social; - Identificação dos fatores intersetoriais que interferem na situação de saúde; - Os princípios do SUS tiveram que ser retomados nas CNS.	- Crescimento econômico; - Diminuição da taxa de desemprego; - Mobilidade social: expansão da classe média; - Aumento do poder de compra; - Período marcado por políticas focalizadoras.
15ª CNS (2015)	- Abordou a necessidade de garantia do direito à saúde, através do acesso e a atenção de qualidade; - Outros temas: participação social; financiamento do SUS; relação público-privado; gestão; e modelos de atenção à saúde.	- Cenário de crise econômica e política; - Aumento da taxa de desemprego; - Aumento das desigualdades sociais; - Visível aumento de pessoas vivenciando a situação de rua.

As CNS foram instituídas pela Lei 378, de 13 de janeiro 1937, e inicialmente tinham por objetivo tornar conhecidas ao Governo Federal as atividades de saúde realizadas no país, através do intercâmbio de informações. Isso possibilitaria a orientação da execução dos serviços locais de saúde. São 74 anos de Conferências, e desde a primeira, realizada em 1941, muitas foram as transformações no setor saúde (ESCOREL; BLOCH, 2005).

Se inicialmente as CNS foram criadas para o controle das instâncias estaduais, com a Nova República, elas se constituíram em arenas democráticas de debates, com importância para a construção, o aprimoramento e o fortalecimento do SUS. Arenas democráticas, que se estabelecem em espaços de conflitos, mas que através dos debates estabelecidos, tornam possível construir em consenso as bases das políticas deliberadas (ESCOREL; BLOCH, 2005). Neste sentido, pretende-se neste momento apreender as discussões das CNS para compreender as políticas de saúde no país.

As duas primeiras Conferências Nacionais de Saúde, em 1941 e 1950, tiveram como referência os Congressos Brasileiros de Higiene, e concentraram as discussões no campo próprio do sanitarismo (ESCOREL; BLOCH, 2005). Neste período, marcado pelo desenvolvimentismo, os processos de urbanização e industrialização no país estavam crescentes, causando expectativas de mobilidade social. A população mais pobre entrava em um fluxo de transição migratória rural-urbana, firmando-se nas periferias das grandes cidades. A carteira de trabalho era o documento que garantia a condição de cidadania, já que representava a participação de seu portador na estratégia de desenvolvimento nacional e garantia seu acesso aos serviços sociais. Este acesso era regulado de acordo com a estratificação da categoria profissional. Aqueles que não portavam a carteira de trabalho estavam sujeitos a uma condição de não-cidadania (ESCOREL, 1999).

A força de trabalho era o ordenador social, entretanto, a busca pela atividade formal estava além da sua oferta, o que gerou um contingente de pessoas subempregadas ou desempregadas, que se amparavam nas atividades irregulares e informais. O pobre sobrevivia de uma renda insuficiente, permanecendo à margem da sociedade, sem acesso aos direitos sociais e, portanto, marginalizado (ESCOREL, 1999).

Em 1963, ocorreu a 3ª CNS, que teve como eixos de discussão a situação sanitária da população brasileira e a distribuição e coordenação das atividades médico-sanitaristas nos níveis federal, estadual e municipal. Nesta Conferência deu-se um primeiro passo em relação ao debate sobre a reorganização do sistema de saúde, com foco na descentralização e redefinição dos papéis das esferas de governo, delineando-se a partir daí propostas do estabelecimento de um Plano Nacional de Saúde (BRASIL, 1963). O país vivenciava um momento político de intensas disputas, com posições polarizadas em relação aos planos de desenvolvimento social e econômico, em modelos de direita e esquerda. O governo federal, representado pelo presidente eleito João Goulart, encontrava-se disposto a partilhar as decisões de forma aberta, o que deflagrou, em 1964, no golpe e consequente regime militar. Nesse contexto, as propostas da 3ª CNS foram inviabilizadas (SCOREL; BLOCH, 2005).

A 4ª CNS ocorreu em um momento no qual o país já se encontrava em regime ditatorial: 1967. Ela foi dedicada ao planejamento de recursos humanos, com debates técnicos centralizados nas necessidades de formação dos profissionais da saúde, pensando no papel das instituições de ensino superior e nas responsabilidades do Ministério da Saúde na capacitação desses profissionais. Teve um caráter ainda muito técnico, voltado para especialidades (BRASIL, 1967).

As polarizações econômicas e as novas dinâmicas do trabalho criaram uma conjuntura propícia para a concentração de riqueza, promovendo grandes fissuras sociais. A população encontrava-se em uma situação crônica de miséria, sem a contrapartida do Estado. Mesmo com soluções informais, e até mesmo ilícitas, para o enfrentamento da miséria, um grande número de pessoas acabava nas ruas, com a ausência de políticas públicas de apoio. A falta de emprego, de saúde, de habitação e de alimentação - problemas que envolvem o dia a dia daqueles que vivenciam a miséria - não eram considerados problemas estatais, apesar de serem também propiciados pelas decisões do Estado (VARANDA; ADORNO, 2004).

O período que sucedeu, entre 1975 e 1985, foi de grande investimento no setor saúde, que teve o maior orçamento da história até então, gerando expansão em número de leitos hospitalares. As especializações eram o âmago dos cursos de medicina e a grande preocupação em saúde estava voltada para os avanços tecnológicos (BRASIL, 1975; BRASIL, 1977).

O processo migratório rural-urbano diminuiu sua intensidade e as favelas atingiram seu ápice em número de moradores, que sobreviviam nas amarras da pobreza. Esta por sua vez sofria um processo de naturalização e estigmatização. Os direitos sociais, ligados ao trabalho formal permaneciam acessíveis apenas à determinados status sociais. As desigualdades sociais tornavam-se cada vez maiores e não havia proteção social por parte do Estado, cabendo apenas às Organizações Não Governamentais. A miséria era considerada pelo modelo socioeconômico vigente como um insucesso de responsabilidade individual (ESCOREL, 1999).

Quanto às representações sociais da pobreza neste cenário, é importante destacar que o trabalho informal ou a situação de desemprego, associados ao desprovimento de bens, eram vistos como ausência de valores morais e vinculados à “malandragem” e à “bandidagem”. Assim, era necessário desnaturalizar a pobreza e combater seus estigmas para construir estratégias de enfrentamento (ESCOREL, 1999).

No cenário mundial, nas décadas de 1970 e 1980, os programas de medicina comunitária discutiam alternativas de autocuidado e acesso aos serviços médicos pelas grandes massas populacionais, como iniciativas fundamentais para a proposta de desmedicalização da sociedade. Tais debates culminaram, em 1978, na Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, em Alma-Ata, no Cazaquistão, reafirmando a saúde como direito do homem e responsabilidade política dos governos, reconhecendo sua determinação intersetorial (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Naquele momento, a proteção social de muitos países como Espanha, Itália, Portugal, Noruega e Suécia, também estava estabelecida em modelo de Seguro Social, privilegiando classes trabalhadoras. Entretanto, o modelo universal de Segurança Social, com inspiração no modelo inglês, não demorou a ser implantado nestes países. As desigualdades sociais de tais países tinham uma amplitude muito menor que nos países subdesenvolvidos, onde os ricos eram (e ainda são) extremamente ricos e os pobres, muito pobres.

Diante de tal situação, uma inquietação constante passou a fazer parte do horizonte brasileiro (LOBATO; GIOVANELLA, 2009), sendo que as principais críticas eram dirigidas às políticas de saúde privatizantes, ao modelo econômico que propiciava o aumento das iniquidades, ao recrudescimento das endemias e

epidemias, à restrição do acesso à saúde aos trabalhadores, ao modelo biologicista e às ações de saúde dualizadas, que separavam as ações curativas das preventivas (NUNES, 2011).

Os movimentos sociais também tiveram importância fundamental na denúncia dos mecanismos de opressão e exclusão social. Questionava-se a isenção da responsabilidade social do poder público, apontando que a pobreza estava diretamente relacionada ao desemprego, à precarização do trabalho e assolação da qualidade de vida (ADORNO, 1999; VARANDA; ADORNO, 2004).

As discussões sobre as relações entre saúde e sociedade tornaram-se férteis na década de 1970. Surgiu a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), fomentando um espaço de análise crítica da situação de saúde e das políticas sanitárias. Conformou-se neste período o campo teórico-prático denominado Saúde Coletiva: um campo de multiplicidade de objetos e de áreas de saber correspondentes, que estabelece compromisso com a noção de coletivo e que, bebe no referencial marxista para sua estruturação (NUNES, 2011).

No ano de 1980, os debates da 7ª CNS giraram em torno da formulação e implantação de um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), ancorado na ampliação dos serviços de saúde à população, com a criação de uma rede básica de cobertura à saúde (BRASIL, 1980).

Esse período foi marcado por um contexto de oposição à ditadura, no qual, reverberavam, além das propostas de democratização do sistema governamental, propostas para um sistema de proteção social baseado na justiça social, com a democratização da saúde, através da participação popular. Buscava-se a universalização dos serviços e defendia-se a responsabilização do Estado pelo sistema de saúde (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; SCOREL; BLOCH, 2005).

Na década de 1980, percebeu-se o crescimento elevado do número de pessoas morando nas ruas. Presença percebida como inoportuna e ameaçadora: uma questão de segurança pública. Apenas os movimentos sociais preocupavam-se com os fatores relacionados diretamente com o estado de miséria e com as consequências dela, como a fome e a doença (SCOREL, 1999; VARANDA; ADORNO, 2004).

Em 1985, com o fim o regime militar, o cenário político brasileiro mudou. Lideranças do movimento sanitário assumiram posições importantes nas instituições

responsáveis pela política de saúde no país (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). Era o momento certo para entrar em cena uma Reforma Sanitária.

A 8ª CNS, que ocorreu em 1986, foi um pilar de extrema importância para fundamentação da proposta da Reforma Sanitária no país. Foi convocada pelos ministros da Saúde, da Previdência e Assistência Social, e da Educação. A convocação da participação da sociedade civil foi um diferencial da 8ª CNS, um passo significativo em direção àquilo que seu lema representava: “Saúde é Democracia”. Seus debates giraram em torno dos temas: saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e financiamento do setor (BRASIL, 1986).

O Relatório Final da 8ª CNS foi discutido e aperfeiçoado pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, sendo incorporado na Constituição Federal de 1988 (CF/88) como o capítulo da Saúde. Pela primeira vez, foi constituída no país a proposta de um Estado Social (DUARTE, 2011; SCOREL; BLOCH, 2005).

A CF/88, definiu nos seus incisos I e III que a República Federativa do Brasil tem como objetivos: “construir uma sociedade livre, justa e solidária” e “erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais”. Seu artigo 196 determina que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, e deve ser estabelecida “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Conceitos fundamentais para a assistência à saúde no país foram criados, como o da universalidade, equidade e integralidade (SCOREL; BLOCH, 2005).

Estabeleceu-se que todo e qualquer cidadão tem direito a acessar a todos os serviços públicos de saúde, independente de gênero, idade, classe econômica, sem sofrer preconceitos de qualquer espécie. Este é o princípio fundamental da universalidade (BRASIL, 2005).

A equidade ancora-se na busca pela igualdade de resultados (DUARTE, 2011). Diante do reconhecimento das desigualdades pessoais e sociais da população, verificou-se a necessidade de oferecer a prestação de serviços de saúde de modo a se alcançar a igualdade de resultados necessários para a sobrevivência, e para o desenvolvimento pessoal e social. A equidade é uma maneira de assegurar todas as ações e serviços necessários conforme cada caso (BRASIL, 2005).

A integralidade atende ao fundamento de que cada pessoa deve ser reconhecida de maneira integral e integrante de uma comunidade; que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não podem ser desarticuladas, formando também uma totalidade indivisível; e que os diferentes níveis de complexidade das unidades prestadoras de serviço, também constituem um todo indivisível (BRASIL, 2005).

Mattos (2004) ressalta os aspectos múltiplos da integralidade. O autor aponta a articulação entre a integralidade e a defesa do acesso universal às ações e serviços de saúde, o que, dentro de uma rede regionalizada, pode assumir o contorno de defesa ao acesso a todos os níveis de atenção do sistema de saúde. Outro aspecto da integralidade é a defesa de que em qualquer nível de atenção haja uma articulação entre o fundamento da prevenção e o fundamento da assistência, de maneira que haja sempre uma compreensão ampliada das necessidades de saúde.

O processo de construção do SUS, na década de 1990, é considerado a expressão mais importante da Reforma Sanitária. O SUS, amparado pelas leis 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e 8.142/90 (BRASIL, 1990b), é instrumento de garantia do direito à saúde. Sua criação tem sido analisada como a reforma social mais bem-sucedida, empreendida pelo novo regime democrático (LIMA; GERCHMAN; EDLER, 2005).

Através do SUS, o setor da saúde passou a representar a tradução de uma história social e cidadã, capaz de mobilizar a sociedade civil, além dos trabalhadores da saúde e da academia (CECCIM; FERLA, 2009).

É importante destacar o caráter contra-hegemônico do projeto da Reforma Sanitária, em relação ao sistema político vivenciado naquela época no país (SOUTO; OLIVEIRA, 2016). Após o término da ditadura militar, o país foi conduzindo uma transição para a democracia. Antigos apoiadores do regime assumiram cargos políticos, e as classes dominantes representadas pelo poder estatal no Brasil da época ditavam o que podia e o que não podia ser absorvido enquanto política pública (AITH, 2015). Ao declarar que a saúde era um direito universal de cidadania, o movimento reformista caminhava na contramão de uma agenda restritiva de direitos que responsabilizava cada indivíduo por sua saúde. Este tornou-se um primeiro desafio para o SUS (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

Inúmeras dificuldades no âmbito da saúde continuavam a ser enfrentadas pela população em estado de pobreza extrema². As desigualdades sociais aumentavam significativamente e crescia uma parcela da população que não detinha meios para atender suas necessidades mais básicas, como alimentação, educação, despesas pessoais, vestuário e habitação. Este cenário de escassez refletia-se nas condições de saúde (SCOREL, 1999).

Se a Reforma Sanitária é composta de desafios, entraves e lutas por mudanças políticas substanciais na área da saúde, a conquista de suas metas também caminha por um percurso árduo e cheio de inevitáveis reflexões.

A 9ª CNS foi a primeira Conferência realizada após a promulgação da CF/88. Sua realização deveria ter acontecido em 1990, entretanto, a gestão do Ministério da Saúde no governo Collor (1990-1992) não se empenhou para a sua efetivação. A tentativa era de evitar uma discussão democrática sobre a saúde, com a composição de forças populares. Somente em 1992, próximo à votação do *impeachment*, é que a 9ª CNS pôde ser realizada (BRASIL, 2009b; CLÓVIS; SOUZA, 2013; SCOREL; BLOCH, 2005).

“Municipalização é o caminho” foi o tema central da 9ª CNS. Destaca-se sua contribuição para a descentralização, sendo que a elaboração da Norma Operacional Básica 01/93 (NOB 93) foi um dos seus desdobramentos. Articulou-se discussões sobre a defesa dos municípios como atores no cenário setorial; sobre a questão do financiamento como mobilização nacional; e sobre a proposta de extinção do INAMPS (BRASIL, 1992).

Em 1996 realizou-se a 10ª CNS, que colocou em pauta a importância de avaliar a implantação do SUS, tendo como finalidade seu aprimoramento. Seu tema central foi: “SUS: construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”. Destacou-se a avaliação dos Conselhos de Saúde sobre os principais problemas do sistema, assim como a apresentação de propostas para seu fortalecimento (BRASIL, 1998).

A partir dos anos 2000, percebe-se pelas CNS ainda uma busca pela efetivação do SUS, através de debates e ações em torno do acesso, da qualidade e da humanização na atenção à saúde, com controle social. Buscou-se identificar os fatores que interferem na situação de saúde, e que estão associados às questões

² O conceito de pobreza extrema é apresentado no capítulo 3, na página 33.

intersetoriais, como as desigualdades sociais e a concentração de renda. Inúmeras vezes os princípios do SUS tiveram que ser retomados nas CNS, revitalizando o desejo de manter o processo da Reforma Sanitária no país. Estratégias de assistência e gestão foram aprovadas, como o Pacto pela Saúde (2006) (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004; BRASIL, 2006; BRASIL, 2009b; BRASIL, 2011a; CLÓVIS; SOUZA, 2013).

O Pacto pela Saúde reúne um conjunto de reformas institucionais do SUS com o estabelecimento de compromissos, pactuados entre as três esferas de gestão. Possui três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. O Pacto pela Vida estabelece prioridades que constituem compromissos sanitários, originados da avaliação da situação de saúde do país. O Pacto em Defesa do SUS busca consolidar a política pública de saúde como uma política de Estado e não de governo, evidenciando a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal. O Pacto de Gestão destaca as atribuições de cada esfera de governo, dando maior autonomia aos Estados e Municípios (BRASIL, 2006).

Apesar das relevantes conquistas, muitas questões ainda deveriam ser introduzidas nos debates das políticas públicas de saúde, e muitos passos realizados deveriam ser aprimorados (ESCOREL, 2005).

Em 2015 ocorreu a 15ª CNS, que abordou mais uma vez o direito à saúde, a garantia do acesso e a atenção de qualidade. A participação social, o financiamento do SUS e a relação público-privado, bem como sua gestão e os modelos de atenção à saúde foram temas também revisitados e aprofundados (BRASIL, 2016a).

As CNS representam um cenário de lutas para a conquista, manutenção e aperfeiçoamento de direitos por meio das políticas públicas. Através de seus relatórios, é possível observar que a construção do SUS foi determinada ao longo da história e atravessada por diversos fatores sociais, econômicos e políticos. A repetição de temas como o direito à saúde e a garantia do acesso universal à rede de cuidados demonstra que a Reforma Sanitária ainda não foi concluída. Estes ainda são pontos de fissuras no SUS.

Nesse sentido, é necessário exercer a política por meio das CNS, que também são mecanismos de participação social. A divulgação das Conferências, dos seus temários, dos seus anais e dos seus relatórios, permite que o maior

número de pessoas tenha conhecimento e possa se integrar na luta contra toda e qualquer tentativa de redução dos direitos e estrangulamento do SUS.

Uma democracia sanitária é essencial para a efetivação do direito universal, equânime e integral à saúde, com ampla participação da população na definição dos contornos que envolvem a garantia do direito à saúde. É preciso que o Estado, para dar conta de sua responsabilidade sobre a proteção do direito à saúde, oportunize um ambiente de ampla participação democrática da sociedade na tomada de decisões estatais (AITH, 2015).

O Brasil passa atualmente por uma crise econômica e política que produz efeitos nos diferentes setores da sociedade. As contradições e os interesses das diversas classes econômicas foram evidenciados e o país encontra-se fragmentado (LARA; GUARESCHI; BERNARDES, 2016; RIZZOTTO, 2016).

Com o *impeachment* da presidente eleita Dilma Rousseff (2011-2016), Michel Temer assumiu, em setembro de 2016, a presidência do país. Como consequência, a composição ministerial foi modificada e novas propostas de governo estão sendo articuladas, fundamentadas no discurso de uma tentativa de tirar o país da crise.

Há um evidente esforço no sentido de beneficiar o setor privado, em detrimento de diversas políticas públicas, especialmente a saúde. As atuais propostas de governo atingem profundamente o SUS, ameaçando seu aspecto universal, a despeito da garantia constitucional (RIZZOTTO, 2016). Com a justificativa de que o sistema de saúde brasileiro e a universalidade preconizada pela CF/88 não cabem no orçamento público, as ações do novo governo pretendem converter o SUS em um sistema residual. O risco é o estabelecimento de um sistema precário para a população que mais necessita (RIZZOTTO, 2016).

No mesmo sentido, foi anunciada a proposta de regulamentação de planos de saúde populares. A medida prevê que as exigências impostas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) às administradoras de planos de saúde sejam minimizadas. Dessa forma, planos de saúde seriam oferecidos à população com preços mais acessíveis. Para o atual ministro da saúde, quanto mais pessoas forem adeptas à saúde suplementar, menos necessitarão do SUS, desafogando o sistema e diminuindo seus gastos. Na prática, tais planos não oferecerão cobertura integral e, para acessar aos procedimentos mais caros, a população continuará dependendo do SUS (SANTOS, 2016).

Outra medida preocupante é a Emenda Constitucional nº 95, promulgada em 15 de dezembro de 2016 (BRASIL, 2016b). Ela instituiu o Novo Regime Fiscal (NRF) no âmbito da União, com o congelamento das despesas para os próximos 20 anos, estabelecendo um teto para as despesas primárias (BRASIL, 2016d). O NRF representa perdas expressivas para o campo assistencial, comprometendo os avanços realizados em relação ao combate à pobreza e à desigualdade, e em relação à promoção da cidadania inclusiva. Sem dúvidas, o setor saúde será extremamente afetado (PAIVA et al., 2016).

Sobre as propostas e decisões recentemente tomadas pelo Ministério da Saúde, Amélia Cohn (2016, p.1) questiona: “Qual é a concepção de projeto para o Brasil que está aí reinando? A de uma sociedade mais democrática e igualitária? Ou a de um país que ‘precisa voltar a gerar lucro’, custe a quem custar (isto é, aos pobres e trabalhadores)?”. A autora ressalta o extremo desconhecimento da equipe do atual governo sobre os aspectos que circundam a pobreza, fato que, conseqüentemente, fortalece discursos carregados de preconceitos. A culpabilização dos pobres por seu estado de pobreza reaparece nas falas produzidas pelo governo. E é com tal desconhecimento que se busca políticas residuais, sempre acompanhando o enunciado de que a redução de gastos com a área social traz consigo a salvação da economia.

Para Amélia Cohn (2016) os recursos na área social não podem ser vistos apenas como gastos, mas sim como investimentos pois, além do retorno social, há também um retorno econômico. Investimentos em programas sociais, em saúde, em trabalho, dinamizam a própria economia. Pensando no setor saúde, por exemplo, é próprio do adoecimento muitas vezes impossibilitar as atividades laborativas. Uma população saudável está capacitada a trabalhar. E aqui está a necessidade de uma visão intersetorial, pois para que esta população saudável trabalhe, ela necessita da oferta de emprego. Trabalhando, ela detém o poder de compra, aumenta seu consumo e faz a economia girar.

As medidas restritivas não afetarão os privilégios de quem ocupa cargos nos três poderes da República, mas impactarão principalmente as pessoas mais vulneráveis, que terão seus direitos cortados cirurgicamente, sem anestesia, como retrata Cohn (2016). Para muitos, viver se tornará um ato de sobrevivência.

O direito à saúde depende concretamente de decisões estatais estratégicas, realizadas por agentes públicos que ocupam cargos nos três poderes do Estado.

Além dos três poderes, é preciso levar-se em conta a democracia sanitária, que implica que a definição daquilo que se entende por direito à saúde seja feita com participação da sociedade. A sociedade deve ser consultada, deliberando diretamente sobre o que significa saúde e exigindo do Estado a proteção social que é de sua responsabilidade (AITH, 2015).

O SUS é considerado uma das principais políticas de direitos universais, e também uma potente estratégia de enfrentamento das desigualdades que assolam o país. Entretanto, ainda se encontra em construção. Há muito o que ser melhorado, existem muitos motivos pelos quais deve-se lutar. Todavia, não é desejável que um passo seja tomado na direção da redução de direitos (LARA; GUARESCHI; BERNARDES, 2016). A conquista de direitos não é uma questão de caridade ou compaixão. É questão de justiça social.

3 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

*Se na rua estamos é porque nos desencontramos.
Não somos bicho e nem lixo.
(Carlos Eduardo – poeta e pessoa em situação de rua de Salvador)*

Para entender o acesso da população em situação de rua ao SUS é preciso identificar esta população. Carlos Eduardo, poeta que vive nas ruas de Salvador, Bahia, declara em sua poesia que não é “bicho” e nem “lixo”. Sua poesia foi publicada no *Manual sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua* (BRASIL, 2012a) destacando a importância de reflexões sobre as particularidades desse grupo para o rompimento dos preconceitos que ainda permeiam o imaginário social.

Muitas foram as definições utilizadas na literatura para denominar as pessoas que vivenciam a situação de rua. Esta é uma questão delicada que ainda promove discussões e reflexões, inclusive, no meio acadêmico. Muitas vezes, as pessoas que estão na rua se apropriam de denominações utilizadas na academia, na mídia e nos meios sociais em que circulam. Mas além disso, também criam outras formas de se nomearem a partir do seu cotidiano.

Algumas denominações das pessoas que vivem nas ruas estão associadas às funções, às atividades ou às práticas desenvolvidas por elas. Aqueles que catam papel, latinha e cobre são chamados de “catadores”. Aqueles que fazem uso de drogas, principalmente o *crack*, são usualmente chamados de “pedreiras”. Aqueles que não se estabelecem durante muito tempo em um ponto único da cidade, transitando por vários espaços, são chamados de “trecheiros” e aqueles que utilizam os albergues para pernoitar são considerados “albergados” (VARANDA; ADORNO, 2004).

Os termos “mendigos” ou “pedintes”, muito utilizados no passado e significativos no imaginário social, não condizem com as características gerais dessa população. É uma minoria que pede dinheiro para sobreviver. Muitas pessoas que estão na rua trabalham, mesmo que informalmente, como catadores ou flanelinhas, ganhando pelo menos o mínimo necessário para a sobrevivência (ROSA; CAVICCHIOLI; BRÊTAS, 2005; VARANDA; ADORNO, 2004).

Outro termo muito utilizado é “sofredor de rua”, associado ao sofrimento proporcionado pelas injustiças sociais. Este termo possui um sentido religioso, ligado à figura do “servo sofredor”, que tem seu consolo no sofrimento de Cristo (VARANDA; ADORNO, 2004).

Muitas pessoas que vivem na rua se denominam “moradores de rua”, outras preferem a denominação de “população em situação de rua” por possuir uma conotação de transitoriedade, ressaltando o desejo de ainda superar o processo exclusão social que enfrentam (VARANDA; ADORNO, 2004).

A *Política Nacional para a População em Situação de Rua*, instituída em 2009, adota o termo população em situação de rua, e a define como:

o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário, ou como moradia provisória (BRASIL, 2009a, p. 16).

A pobreza aparece como uma característica desta população e é definida como o estado de privação de um indivíduo. Osório, Soares e Souza (2011), consideram como base de definição para a pobreza extrema o valor estabelecido pelo Programa Bolsa Família, que corresponde à renda domiciliar *per capita* menor que um quarto do salário mínimo. Este valor se aproxima ao valor da linha internacional de pobreza utilizada para monitorar a redução da pobreza extrema no mundo.

De acordo com a perspectiva multidimensional da Abordagem das Capacitações, a pobreza é entendida como a privação de liberdade em relação às possíveis escolhas em diversos setores, como social, cultural, educacional e econômico. Quanto menor a liberdade de escolha, maior a condição de pobreza (MOURA JÚNIOR; SARRIERA, 2016). Inúmeras vezes as pessoas em situação de rua são privadas da liberdade de escolha: comem aquilo que é possível, vestem as roupas que lhe foram oferecidas, são impedidas de frequentarem diversos espaços.

Apesar da polissemia e da complexidade do conceito de pobreza – seja pelo viés econômico, seja em função do contexto social – é importante evidenciar que ao se realizar uma definição de quem são os pobres, ela permite uma constituição de

identidade social daqueles que assim são nomeados (ACCORSSI; SCARPARO, 2016).

A pobreza é resultado de um modelo perverso de acumulação de riqueza concentrada nas mãos de uma minoria da sociedade. No cerne da produção da riqueza encontra-se uma relação de exploração da força de trabalho. Para atender aos interesses daqueles que exploram, foi criado um discurso de naturalização e culpabilização da pobreza (ESTANISLAU; XIMENES, 2016).

No capitalismo a exclusão social decorre da relação entre os *status* “dentro” e “fora” do sistema trabalhista formal. Quando “fora” do trabalho, o indivíduo é levado a vivenciar condições subumanas de sobrevivência. Há diversos entraves em seu acesso à educação, saúde, transporte, lazer, alimentação e moradia. E mesmo quando “dentro” do mercado de trabalho, o indivíduo explorado vivencia o medo da instabilidade. Na exploração que atravessa as relações trabalhistas não há lugar para o indivíduo que não produz (PEREIRA, 2009).

No Brasil, até o final do século XIX, o sistema produtivo era escravagista. As raízes que constituíram o país eram rurais, com concentração em propriedades rústicas de monocultura e prestígio das elites que viviam e desfrutavam da exploração (HOLANDA, 2014).

Com a Lei Áurea, em 1888, aqueles que eram escravos passaram a trabalhar como meeiros ou arrendatários. Os fazendeiros criaram formas de manter a servidão e a exploração continuava, mas se vestia com novas roupagens (HOLANDA, 2014).

Até os anos de 1930 a economia brasileira passou a se basear em atividades agrícolas para o mercado internacional, sobretudo de café, e para o mercado interno, sob a forma de uma agropecuária de baixa produtividade. Em ambos os casos a terra era propriedade de uma pequena elite descendente dos antigos colonizadores portugueses, e sua aquisição era realizada por meio de concessões políticas. Havia a precariedade das condições de trabalho acompanhada de uma permanente tensão gerada pela falta de uma legislação trabalhista (PEREIRA, 2009).

Com a Revolução de 1930 houve a intensificação do processo de industrialização e o impulso significativo para o desenvolvimento econômico no país. O mercado interno encontrava bases cada vez mais sólidas para a expansão. Com o desenvolvimento econômico houve também um crescimento da população e da urbanização (PEREIRA, 2009).

Movimentos migratórios tornaram-se constantes. A concentração da população nas áreas urbanas, sem planejamento, inevitavelmente trouxe consigo problemas de assistência, educação, habitação, saneamento básico e de infraestrutura. A oferta de empregos não era suficiente em relação à sua demanda (ESCOREL, 1999; PEREIRA, 2009).

Enquanto alguns grupos se beneficiaram mais da industrialização que desenvolvia o país, outros permaneciam à margem do processo. O movimento era de desigualdade, que se ampliava conforme a renda se concentrava nas mãos de uma pequena elite (PEREIRA, 2009).

O evento demográfico mais significativo de migração rural-urbana ocorreu nos anos 70 e 80, causando acentuada redistribuição espacial da população. A população desassistida, sem trabalho formal e sem condições econômicas para se sustentar teve que enfrentar a rua como moradia (PEREIRA, 2009).

Na década de 1990, o cenário brasileiro definia o mercado como meio regulador das relações sociais. As políticas sociais estavam cada vez mais fragmentadas, aprofundando imensamente o quadro de desigualdade entre as classes (PEREIRA, 2009).

O grande apelo ao individualismo e à competitividade enfraqueceu as diversas formas de organização social. Para a população em situação de rua a conjuntura social era cada vez mais complexa, uma vez que agregava as maiores consequências da pobreza. A população de rua situava-se no conjunto de pessoas que vivenciavam as mais precarizadas condições sociais de existência (PEREIRA, 2009).

A pobreza era aumentada através das medidas implementadas pelo modelo econômico, agudizando os problemas de sobrevivência de um imenso contingente populacional. Segmentos cada vez maiores da população tornaram-se sobranes e desnecessários para a sociedade que valorizava a produtividade (PEREIRA, 2009).

A partir dos anos 2000 foi possível verificar a iniciativa do setor público em relação à construção de políticas direcionadas para os marginalizados, voltadas para o enfrentamento das desigualdades. A *Política Nacional para a População em Situação de Rua* é uma das políticas instituídas para tais fins.

Entre outubro de 2007 e janeiro de 2008 foi realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome a última *Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua*, em 71 municípios brasileiros. Foram identificados

31.922 adultos vivendo em situação de rua. A pesquisa oferece várias informações para melhor compreensão a respeito das características desse grupo social (BRASIL, 2008a).

De acordo com a pesquisa, a população em situação de rua em 2007 era predominantemente masculina (82%), mais da metade possuía entre 25 e 44 anos (53%), aproximadamente 69% das pessoas se declararam pretas ou pardas e a maioria (52,6%) recebia entre R\$ 20,00 e R\$ 80,00 semanais (BRASIL, 2008a). Em relação à formação escolar, 74% dos entrevistados sabiam ler e escrever; 17,1% não sabiam escrever e 8,3% apenas assinavam o próprio nome (BRASIL, 2008a). Sobre os principais motivos pelos quais essas pessoas começaram a viver na rua, 35,5% dos entrevistados referiram uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas, 29,8% apontaram o desemprego, 29,1% falaram de problemas familiares, e 71,3% citaram algum tipo de correlação entre esses três motivos (BRASIL, 2008a).

De acordo com Fraga (2015), o abandono do espaço doméstico e o rompimento com a família ocorre por múltiplos fatores, determinados pelas mais diversas relações cotidianas. Para a autora, a ida para as ruas não ocorre necessariamente por uma escolha, mas como consequência de um processo histórico e social, em que pesam fatores como a renda, a cor da pele e a escolaridade, que estão estritamente relacionados entre si, e que determinam, muitas vezes, as oportunidades ou ausência delas na vida de um indivíduo.

No campo do trabalho e renda, a *Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua* averiguou que a população em situação de rua é composta, em sua maioria, por trabalhadores, já que 70,9% exerciam alguma atividade remunerada. Das atividades realizadas, destacavam-se: catador de materiais recicláveis (27,5%), flanelinha (14,1%), construção civil (6,3%), limpeza (4,2%) e carregador/estivador (3,1%). Apenas 15,7% das pessoas pediam dinheiro como principal meio para a sobrevivência (BRASIL, 2008a).

Há que se ressaltar a importância destes dados como forma de desmistificar a crença de que a população que vive nas ruas é composta, em sua maioria, por pedintes. Segundo Accorsi e Scarparo (2016), o trabalho ultrapassa a questão financeira, ocupando um espaço de transformação de lugares e relações sociais, contribuindo para o sentimento de dignidade, por tirar o indivíduo de uma posição de dependência exclusiva do outro para a sua sobrevivência. Entretanto, evidencia-se que a informalidade do trabalho acarreta a ausência de direitos e todas as suas

consequências. Quando, por algum motivo, o trabalho não acontece, a sobrevivência daquele dia torna-se prejudicada.

Sobre suas condições de saúde, 29,7% dos entrevistados afirmaram ter algum problema de saúde que necessita de cuidados contínuos. Os problemas mais citados foram: hipertensão (10,1%), problema psiquiátrico/mental (6,1%), HIV/aids (5,1%) e problemas de visão/cegueira (4,6%) (BRASIL, 2008a).

Dos entrevistados, 18,7% faziam uso de algum medicamento. Destes, 48,6% afirmaram que a principal via de acesso aos medicamentos é a Atenção Básica (AB). Quando doentes, procuravam o hospital/emergência em primeiro lugar (BRASIL, 2008a).

O acesso à AB é de extrema importância tanto para os cuidados com as doenças crônicas quanto para a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Estes dados representam a população que já tinha conhecimento sobre sua condição de saúde. É possível que exista uma importante parcela que, por não ter acesso aos serviços de saúde, está adoecendo e sem um diagnóstico para a possibilidade de tratamento.

Sobre a posse de documentos de identificação, 24,8% das pessoas em situação de rua não possuíam qualquer documentação, o que dificulta a obtenção de emprego formal, o acesso aos serviços e programas governamentais e o exercício da cidadania (BRASIL, 2008a).

A documentação é necessária para o exercício da cidadania e comprova a identidade de um indivíduo perante a órgãos públicos e privados. A documentação permite ao indivíduo participar da vida civil, ser reconhecido como cidadão, ter entrada no mercado de trabalho formal, participar do processo democrático e ter acesso aos serviços públicos, incluindo os serviços de saúde (SCHOR; VIEIRA, 2010).

Em relação às discriminações sofridas no cotidiano, as pessoas afirmaram, em ordem de prevalência, serem impedidas de entrar em estabelecimento comercial, shopping center, transporte coletivo, bancos, órgãos públicos, de receber atendimento na rede de saúde e de tirar documentos (BRASIL, 2008a).

Fraga (2015) percebeu em sua pesquisa que as discriminações vivenciadas ocasionam uma lacuna na atenção à saúde da população em situação de rua. Considerando a saúde multideterminada, o direito ao lazer, ao convívio social, à utilização dos meios de locomoção, e o acesso aos equipamentos públicos, são

necessidades de saúde. A busca por mecanismos de desmistificação e enfrentamento dos preconceitos existentes em relação a este grupo populacional também deveria fazer parte das possíveis ações de cuidados à saúde.

É importante ressaltar que a pesquisa nacional foi realizada em apenas 71 municípios, portanto, ainda não existem dados oficiais sobre toda a população em situação de rua no país. Apesar desses dados serem valiosos para a organização de políticas públicas para essa população, ainda assim seria fundamental uma análise da situação no país como um todo.

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), aproximadamente 101.854 pessoas vivenciaram a situação de rua no país no ano de 2015. Este levantamento, entretanto, foi realizado através de uma base de dados do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), e contemplou apenas 1.924 municípios, que tinham informações disponibilizadas. Portanto, esses dados não informam estimativas precisas para cada município, já que dependia de informações cadastradas no SUAS (NATALINO, 2016).

A pedido do Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento da *Política Nacional da População em Situação de Rua*, estuda-se a possibilidade da contagem desta população no Censo de 2020. Ao realizar um pré-teste no município do Rio de Janeiro, em 2014, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) relatou várias dificuldades para incluir esta população no Censo, ressaltando o obstáculo da ausência de domicílio fixo, que exigirá metodologias distintas das já utilizadas pela instituição (NATALINO, 2016).

O conhecimento sobre a quantidade de pessoas que se encontram em situação de rua possibilita ações específicas para atender as necessidades dessas pessoas em cada município, com a articulação de diversos setores.

3.1 A saúde da população em situação de rua e os seus determinantes

Consideráveis esforços têm sido feitos para relacionar determinantes sociais e saúde. Com o objetivo de discutir e propor recomendações para a redução das desigualdades em saúde, em 2005 foi estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) uma Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. Até o momento, três têm destaque: melhorar as condições de vida no dia a dia; combater

o problema da distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; e mensurar e compreender melhor as desigualdades em saúde (OMS, 2011).

Identificou-se a necessidade de um compromisso com ações intersetoriais, através de programas de saúde pública voltados para os determinantes sociais com monitoramento de seus impactos. Muitos adoecimentos, assim como as desigualdades em saúde, ocorrem devido às condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. Estes são os determinantes sociais da saúde (OMS, 2011).

Para a OMS (2011), os fatores sociais mais importantes que influenciam a saúde são aqueles que produzem a estratificação social, conhecidos como determinantes estruturais. Dentre eles estão a distribuição de renda e o preconceito.

A estratificação social é produzida pelas ideologias que governam os países, pelas estruturas do mercado de trabalho, pelos sistemas educacionais e pela ausência de políticas de distribuição de renda. Estes mecanismos geram hierarquias de poder e de acesso a recursos, sendo a principal causa das desigualdades em saúde (OMS, 2011).

Para Espinosa (2011), é imprescindível ultrapassar as relações de causalidade que residem em discussões biomédicas e chegar ao reconhecimento das raízes sociais nos processos de transformação das problemáticas em saúde. Numa perspectiva materialista-histórica, as formas de produção e de consumo, que geram as relações de exploração, são determinantes nos perfis de saúde, enfermidade e vida.

Espinosa (2011) ainda ressalta que a primazia do movimento do capital financeiro e o acelerado desenvolvimento de alguns grupos frente a outros, fortalecem relações de profunda desigualdade no campo social. A partir das polaridades entre ricos e pobres abre-se também um profundo abismo social e sanitário. Assim como os estratos sociais se configuram em desigualdades, o acesso à saúde também se torna desigual, a população mais pobre encontra-se em situação de vulnerabilidade.

A vulnerabilidade é entendida por Bruseke (2006) como a sobreposição de diversos fatores, em várias dimensões, capaz de tornar um indivíduo ou um grupo mais suscetível aos riscos e imprevisibilidade da vida. As condições de vulnerabilidade social podem estar relacionadas com a estrutura de oportunidades

vivenciadas pelo indivíduo e as características sociais, econômicas, culturais e políticas do lugar.

A assistência à saúde da população socialmente vulnerável defronta-se com inúmeras dificuldades. A habitação, por exemplo, tem um impacto substancial sobre a saúde física e mental, sendo um importante determinante social da saúde. Uma habitação de qualidade proporciona estabilidade pessoal, proteção, privacidade e saneamento, além de oferecer um sentimento de pertencimento social e o contato mais confiável com prestadores de cuidados de saúde, fatores que contribuem para a melhoria da saúde e acesso aos cuidados (ARGINTARU et al., 2013; BARATA et al., 2015; FARIAS et al., 2014; HALLAIS; BARROS, 2015).

Portanto, as pessoas que necessitam das ruas como espaço de moradia estão mais vulneráveis e, por isso, necessitam de serviços de saúde mais adequados, que visem às peculiaridades desta população (ARGINTARU et al., 2013; BORYSOW; FURTADO, 2014; FARIAS et al., 2014).

Várias barreiras relacionadas com o acesso aos cuidados de saúde foram identificadas por diversos estudos e incluem as experiências negativas vividas anteriormente com os trabalhadores de saúde e a falta de confiança nestes profissionais. Essas experiências negativas contribuem para um sentimento de desconfiança e relutância em divulgar informações pessoais para a equipe de saúde. Mesmo se um indivíduo não teve uma má experiência anterior, as experiências dos outros podem levar à apreensão e ao medo de procurar assistência (ARGINTARU et al., 2013; CAMPBELL et al., 2015).

O preconceito, a discriminação, a culpabilização pelo *status* social por parte dos profissionais de saúde, os sentimentos de vergonha, baixa autoestima e inutilidade podem ser recorrentes entre os indivíduos que vivenciam uma situação de pobreza extrema (BARATA et al., 2015; FARIAS et al., 2014; CAMPBELL et al., 2015).

Há que se destacar ainda que algumas pessoas não procuram cuidados médicos por medo de más notícias. Os indivíduos que experimentam a rua como moradia vivenciam diversos estressores complexos, como o isolamento, a alimentação inadequada e a ausência de recursos financeiros. O medo relatado em receber más notícias é ainda mais complicado pelo fato não terem um sistema de apoio no caso de recebem um prognóstico desorientador ou alarmante (CAMPBELL et al., 2015; FARIAS et al., 2014).

Outro entrave na procura pelos cuidados em saúde é a falta de educação em saúde sobre a causa de doenças, pois os indivíduos são muitas vezes incapazes de identificar se um problema de saúde existe ou persiste e, portanto, não são motivados a buscar atendimento. Muitos procuram os serviços de saúde apenas quando seu quadro de adoecimento se agrava (ARGINTARU et al., 2013; CAMPBELL et al., 2015; FARIAS et al., 2014).

Algumas dificuldades de acesso incluem o local dos serviços de saúde e a atmosfera dentro das clínicas ou hospitais. Os indivíduos podem estar menos dispostos a procurar um serviço de saúde se este é localizado em uma área em que não estão familiarizados, ou os fazem sentir desconfortáveis por causa do potencial para uma maior vigilância e controle público e policial (ARGINTARU et al., 2013; CAMPBELL et al., 2015).

A falta de albergues adequados também é outro obstáculo. Pacientes com condições crônicas requerem tratamento a longo prazo, necessitando a garantia de acompanhamento sistemático. Esta questão demanda a atenção dos mecanismos de proteção social (HALLAIS; BARROS, 2015).

Dentre os principais motivos para problemas de saúde e agravos nesse grupo estão a vulnerabilidade à violência, a alimentação incerta, a falta de condições de higiene, a pouca disponibilidade de água potável, a privação de sono e de vínculos sociais e a dificuldade de adesão aos tratamentos de saúde (AGUIAR; IRIART, 2012; BARATA et al., 2015; CAMPBELL et al., 2015; FARIAS et al., 2014).

Os indivíduos em situação de rua têm uma grande necessidade de serviços de saúde aliados, que incluem: enfermagem, odontologia, farmácia e psicologia, dentre outros. O tratamento de feridas é uma contribuição importante da enfermagem, já que ferimentos graves são comuns e podem ocorrer por múltiplos fatores, dentre eles, diabetes, uso prejudicial de drogas e problemas de higiene. Outra necessidade que se apresenta é de tratamento odontológico. Vários problemas de saúde, tais como infecções e má nutrição, podem ser resultados de problemas de saúde bucal, devido à falta de atendimento odontológico disponível (CAMPBELL et al., 2015).

Políticas setoriais e intersetoriais ainda são deficitárias em garantir um cuidado integral. Há também que se levar em conta o imaginário social sobre a população em situação de rua influenciando significativamente na prática dos profissionais que atuam nos serviços de saúde (HALLAIS; BARROS, 2015). Há no

imaginário social uma associação deste grupo populacional com práticas de violência, roubo e uso de drogas. Além disso, a forma como essas pessoas se vestem ou cheiram pode proporcionar inadequadamente um tratamento diferenciado por parte dos profissionais de saúde (ACCORSSI; SCARPARO, 2016).

Verifica-se a insuficiência de estratégias no setor saúde para busca ativa, sendo esta atividade restrita à Assistência Social, através do serviço de abordagem de rua (BORYSOW; FURTADO, 2014).

Qualquer esforço para definir os cuidados para os indivíduos em situação de rua deve ser “centrado no indivíduo” e começar com as prioridades declaradas pelas próprias pessoas que estão na rua (HALLAIS; BARROS, 2015). Discutir com as pessoas em situação de rua sobre os vários aspectos que envolvem as questões de acesso ao sistema de saúde é também possibilitar um espaço de vocalização e participação na construção das políticas públicas.

4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Lutar pela igualdade sempre que as diferenças nos discriminem. Lutar pelas diferenças sempre que a igualdade nos descaracterize.
(Boaventura de Sousa Santos, 2008, p.24)

As políticas públicas conformam mecanismos de poder que procuram promover respostas às necessidades da população. Quando os indivíduos de uma sociedade compartilham um sistema de crenças ligado ao poder público, isto lhes confere o *status* de cidadania, os torna pertencentes a uma comunidade política (FLEURY; OUVRENEY, 2009).

Ao formular políticas públicas, os governos manifestam suas intenções, que se desdobram em planos, programas, projetos, bases de dados, sistemas de informação e pesquisas capazes de produzir mudanças em um país. A implantação de políticas públicas é apenas um dos passos para a produção de mudanças no cenário social. É necessário o acompanhamento constante seguido de inúmeras avaliações para detectar o alcance das políticas e assim, implementá-las (SOUZA, 2006).

O Estado possui uma “autonomia relativa” na definição das políticas, e as pressões externas e internas também influenciam nos processos de decisão (SOUZA, 2006). Conforme discutimos no segundo capítulo desta dissertação, as pressões dos trabalhadores da saúde, da sociedade civil e da academia possibilitaram a construção das políticas públicas de saúde que constituíram o SUS.

A participação de grupos de interesse na construção das políticas também depende da abertura que o governo vigente tem para tal. Ademais, a aprovação das políticas depende de inúmeros fatores além da necessidade de sua implantação, como o interesse de coalizões partidárias (SOUZA, 2006).

A política pública é um campo holístico, que comporta vários olhares, sendo território de diversas disciplinas, teorias e modelos analíticos e, embora seja constantemente associada à ciência política, não se resume a ela (SOUZA, 2006).

Tanto as políticas econômicas quanto as sociais impactam profundamente a sociedade. Quando se trata dos setores mais vulneráveis, como a população em situação de rua, os caminhos traçados por tais políticas podem propiciar uma ressignificação do lugar dessas pessoas enquanto cidadãos ou podem configurar

um estatuto de exclusão. Isso depende do projeto de governo da coalização que está no poder e, conseqüentemente da linha de proteção social defendida.

As políticas sociais buscam o desenvolvimento de responsabilidades públicas para a proteção social, incluindo intervenções na promoção de igualdade e dos direitos de cidadania, na forma de distribuição de recursos e oportunidades e na consolidação de valores humanos (FLEURY; OUVÉNEY, 2009).

Como as políticas sociais se ocupam dos diversos aspectos da proteção social, as áreas da saúde, previdência e assistência social são seus territórios de abrangência. Suas elaborações, organizações e implantações possuem singularidades e operam diretamente sobre a realidade social. Ao assumir que as políticas de saúde são políticas sociais, assume-se também que a saúde é um direito de cidadania (FLEURY; OUVÉNEY, 2009). Portanto, todo e qualquer cidadão tem direito à saúde sem qualquer tipo de discriminação, embora esta ainda seja vivenciada por muitos grupos, como a população em situação de rua.

As políticas sociais devem ser equânimes e capazes de contemplar as diferentes necessidades dos mais diversos segmentos sociais. Entretanto, é importante lembrar que o Brasil ainda carrega um passado construído com um sistema de proteção social com um alto grau de centralização, discriminatório e injusto, já que a inserção no mercado formal de trabalho era o critério de acesso aos benefícios e serviços prestados (COHN, 1995; COHN, 2009).

Amélia Cohn, em 1995, apontava que o maior desafio para as políticas sociais no país estava na superação do que chamou de “raciocínio contábil” como critério exclusivo de formulação e implementação de políticas sociais. O acesso dos setores mais vulneráveis da sociedade aos benefícios e serviços básicos também estava regido exclusivamente pelo critério econômico (COHN, 1995).

No Brasil, os direitos sociais foram garantidos através da CF/88, que em seu Artigo 6º define que “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados” (BRASIL, 1988).

O enfrentamento das discrepâncias sociais exige a formulação de programas e políticas que contemplem medidas voltadas tanto para o alívio das desigualdades, com caráter mais imediato, emergencial e com foco sobre os grupos mais

vulneráveis, quanto para a superação da pobreza, de caráter universal, com um horizonte de médio a longo prazo (COHN, 1995; COHN, 2009).

Cabe ressaltar que atualmente vive-se um retorno ao “raciocínio contábil”, através da Emenda Constitucional nº 95, que foi instituída em meio ao discurso de necessidade de recuperação da economia. O Novo Regime Fiscal, estabelecido pela emenda, promove um retrocesso nos avanços sociais conquistados nos últimos anos.

A promessa de justiça social e inclusão igualitária de todos os cidadãos aos serviços básicos ainda não se efetivou, sendo, portanto, um projeto inacabado. Historicamente, existe no país um contingente enorme de pessoas sem acesso aos bens, serviços e direitos básicos da cidadania moderna. Assim, mesmo que muitos avanços tenham sido realizados pelas políticas públicas, ainda há muito a ser feito (COHN, 2009).

O Brasil carrega marcas de diversas desigualdades, frutos do seu processo histórico e político. A cor da pele, a etnia, o gênero e o nível econômico são características que infelizmente ainda determinam como é o acesso das diferentes pessoas aos serviços públicos. A construção de um país mais justo passa necessariamente pela igualdade de direitos, atingindo a todos os segmentos da sociedade, numa perspectiva universal.

Considerando que as necessidades dos diferentes grupos sociais nem sempre são as mesmas, assumir as especificidades dos diferentes grupos da população também é um processo importante que se traduz pela equidade. Deste modo, é de extrema importância que o poder público se atente para as diferenças, mantendo o compromisso com a justiça social.

4.1 A Política Nacional para a População em Situação de Rua

Um caminho de profundos debates e reflexões foi percorrido para que a *Política Nacional para a População em Situação de Rua* (PNPSR) (2009a) fosse constituída. Este processo teve seu marco em 2004, com uma chacina na cidade de São Paulo, que vitimou sete pessoas em situação de rua. Tal violência gerou uma reunião em Belo Horizonte de moradores de rua de diferentes estados com Patrus Ananias (PT), ministro do Desenvolvimento Social e Combate à Fome na época.

Esta reunião propiciou um processo de interlocução entre o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), ainda incipiente na época, e o Governo Federal (BOVE; FIGUEREDO, 2016).

O MNPR define-se como uma organização formada por homens e mulheres em situação de rua comprometidos com as lutas pela justiça social, com a garantia de direitos e dignidade humana. É um grupo organizado e mobilizado para a conquista de políticas públicas que transformem a sua realidade social, e por isso teve um papel essencial na instituição da PNPSR (PIZZATO, 2012).

Após a reunião citada anteriormente, não demorou muito para acontecer o I Encontro Nacional sobre a População em Situação de Rua, realizado em setembro de 2005 e que gerou um relatório construído coletivamente, convocando a articulação entre os gestores, prestadores de serviços e usuários na participação da construção de uma política nacional (BOVE; FIGUEREDO, 2016).

O estabelecimento do perfil da população de rua foi realizado por meio da *Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua*, entre outubro de 2007 e janeiro de 2008. A partir das importantes informações divulgadas por esta pesquisa, a validação da política ocorreu no *II Encontro Nacional sobre a População em Situação de Rua*. Na mesma ocasião, o MNPR e outras entidades presentes apresentaram uma carta aberta ao presidente da república, com propostas para a continuidade do processo de consolidação da política nacional (BOVE; FIGUEREDO, 2016).

A PNPSR foi instituída em 2009, pelo Decreto 7.053. Além da igualdade e da equidade, também são princípios da PNPSR: o respeito à dignidade da pessoa humana; o direito à convivência familiar e comunitária; a valorização e respeito à vida e à cidadania; o atendimento humanizado e universalizado; e o respeito às condições sociais e diferenças (BRASIL, 2009a).

Dentre as diretrizes da política estão: a promoção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais; a participação da sociedade civil na elaboração, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas; o apoio à organização da população em situação de rua; o respeito às singularidades de cada território; a implantação de ações educativas destinadas à superação do preconceito; a capacitação dos servidores públicos para melhoria da qualidade e respeito no atendimento deste grupo populacional; e a democratização do acesso

aos serviços públicos (BRASIL, 2009a). É importante evidenciar que o acesso à saúde também é contemplado pela política.

A população em situação de rua vivencia dificuldades no acesso aos serviços básicos, enfrentando preconceitos de diversas ordens, e para o desenvolvimento de políticas públicas, os profissionais e gestores devem estar sensíveis às singularidades desta população. Para isso, a PNPSR destaca como seus objetivos assegurar acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços públicos, assim como garantir a formação e a capacitação permanente dos profissionais e gestores para atuação direcionada às pessoas em situação de rua (BRASIL, 2009a).

Há uma relação intrínseca entre o número de pessoas vivenciando a situação de rua e a existência de problemas nos mecanismos de proteção social. Para o enfrentamento das desigualdades sociais e da pobreza extrema, é necessário conhecer essa população. Quem são? Quantos são? Para atender estas questões, a PNPSR institui a contagem oficial da população em situação de rua, com produção sistemática de dados e indicadores sociais, econômicos e culturais a respeito da rede de serviços públicos (BRASIL, 2009a).

Para o enfrentamento das discriminações e violências sofridas, além do desenvolvimento de ações educativas permanentes, a PNPSR aponta a necessidade de incentivo à pesquisa e divulgação de conhecimento sobre essa população. Há também o direcionamento para a implantação de centros de defesa dos direitos humanos e canais para receber denúncias de violência e sugestões para melhorias das políticas públicas voltadas para o seguimento (BRASIL, 2009a).

Dentre os objetivos da política, também se encontram aqueles que envolvem a garantia de proteção social, física, psíquica e econômica, como promover o acesso das pessoas em situação de rua ao sistema previdenciário e assistencial, articular o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde e reestruturar os serviços de acolhimento de forma que ofereçam um serviço de qualidade (BRASIL, 2009a).

Como a alimentação é uma preocupação constante para aqueles que estão na rua, PNPSR também contempla a implantação de ações de segurança alimentar e nutricional. Outra preocupação é com o desemprego e o trabalho informal, assim a política também institui a necessidade de disponibilização de programas de qualificação profissional (BRASIL, 2009a).

A PNPSR instituiu o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da PNPSR. O Comitê deve ser composto por representantes da sociedade civil e por um representante e suplente da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, do Ministério da Justiça, do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação, do Ministério das Cidades, do Ministério do Trabalho e Emprego, do Ministério dos Esportes e do Ministério da Cultura (BRASIL, 2009a).

A composição do Comitê abrangendo diversos setores demonstra o quão complexas são as questões que envolvem a proteção da população em situação de rua. As medidas desenvolvidas e o acompanhamento também devem seguir esta complexidade, a partir de um envolvimento intersetorial.

Os entes da Federação que aderirem à PNPSR deverão instituir seus comitês gestores intersetoriais. Sua composição deve ser de representantes das áreas relacionadas ao atendimento da população em situação de rua, com a participação de fóruns, movimentos e entidades representativas (BRASIL, 2009a).

A PNPSR (2009) é um instrumento de exercício da equidade nos diversos serviços de proteção social que abrange, incluindo o SUS.

4.2 Uma proposta de cuidado à saúde junto à população em situação de rua

Em 2012 o Ministério da Saúde criou o Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua. Sua intenção é de instrumentalizar o profissional de saúde para contribuir com a ampliação do acesso e a qualidade dos cuidados oferecidos a essa população. O foco do trabalho é na atenção básica, possibilitando a criação de um vínculo das pessoas em situação de rua com a rede de atenção à saúde (BRASIL, 2012a).

Um dos aspectos essenciais apontados pelo manual é a abordagem e o acolhimento. Acolher passa pela compreensão da demanda, que muitas vezes está além da queixa apresentada, sendo fundamental perceber o cidadão em situação de rua no seu contexto social (BRASIL, 2012a).

A equipe de saúde deve dedicar-se à observação e à escuta qualificada, possibilitando a construção de vínculos de confiança, que se traduzem em processos relacionais no cuidado integral à saúde. Nesse sentido, as equipes

precisam estar sensíveis para reconhecer e auxiliar na transformação das marcas deixadas pelos os processos históricos que atravessa esse grupo, como a exclusão dos serviços de saúde e o preconceito por parte dos próprios profissionais (BRASIL, 2012a).

Muitos são os riscos que a vida nas ruas oferece e, portanto, uma abordagem específica das equipes de saúde torna-se fundamental. Dentre os riscos apontados pelo manual estão as violências sofridas no dia a dia; a alimentação incerta; as baixas condições de higiene; a água de baixa qualidade e pouco disponível; a privação de sono; a privação de afetos; as variações climáticas (BRASIL, 2012a).

Sobre os desafios para a assistência à saúde da população de rua, destaca-se a cobertura limitada pelas equipes de Saúde da Família, que muitas vezes não chegam àqueles que se utilizam do espaço público para viver. Outro desafio é o momento da anamnese, pois as pessoas que vivem na rua geralmente têm dificuldades para reconhecer como e quando seus sintomas começaram. Da mesma forma, os momentos de internação e alta são desafiadores, afinal, a pessoa em situação de rua não conta com um acompanhante e pode se deparar com um menor envolvimento da equipe em seu caso (BRASIL, 2012a).

4.3 Equipamentos de saúde e equipamentos sociais de proteção à população em situação de rua

Existe uma complexidade de fatores que afetam a saúde da população em situação de rua. As condições de vulnerabilidade aliadas às questões psicossociais que produzem sofrimentos físicos e emocionais, geram riscos maiores para esse grupo. Além disso, as poucas condições de higiene e uma alimentação com escassez de nutrientes também interferem diretamente nas condições de saúde (BRASIL, 2012a). Conseqüentemente, ações intersetoriais, com serviços que prestam cuidados em diversas áreas, possibilitam uma maior proteção para as pessoas em situação de rua.

Foi criado em 2009 o Consultório de Rua, componente da rede de atenção psicossocial em saúde mental. A ênfase do trabalho estava direcionada às pessoas em situação de rua usuárias de álcool e outras drogas, através de ações de

promoção da saúde e prevenção de agravos, com foco na redução de danos (BRASIL, 2010a).

Para melhor responder as mais diversas demandas e necessidades de saúde da população de rua, de maneira integral, em 2012 foi criado pelo Ministério da Saúde o dispositivo Consultório na Rua, através da Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Ele é um equipamento que integra a Rede de Atenção Básica e desenvolve também as ações de atenção psicossocial, que antes eram desenvolvidas pelo Consultório de Rua (BRASIL, 2012b). O Consultório na Rua segue as diretrizes estabelecidas pela *Política Nacional de Atenção Básica* (PNAB) (BRASIL, 2012c).

As equipes multiprofissionais que compõem os Consultórios na Rua possuem a missão de prestar atenção integral à saúde *in loco*, de forma itinerante, através de ações compartilhadas e integradas às Unidades de Atenção Primária à Saúde, aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), aos serviços de Urgência e Emergência e aos outros pontos de atenção, conforme a necessidade do usuário (BRASIL, 2012b).

São três as modalidades das equipes dos Consultórios na Rua. A modalidade I é composta por quatro profissionais, sendo que dois devem possuir nível superior e dois devem possuir nível médio. A modalidade II é composta por seis profissionais, três deles com nível superior e três com nível médio. Por fim, a modalidade III é tal como a modalidade II, com o acréscimo da participação de um profissional médico. A composição das equipes pode contar com enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal. Para garantir a multidisciplinaridade, cada modalidade deve ter no máximo dois profissionais que compartilham a mesma profissão, seja ele de nível superior ou médio (BRASIL, 2012b).

O Consultório na Rua é um instrumento importante na aproximação dos serviços de saúde às pessoas em situação de rua, contribuindo para a lógica da busca ativa, proporcionando um cuidado integral e humanizado.

Outro equipamento social que interfere nas condições de saúde da população de rua é o serviço de acolhimento temporário. Conhecidos como albergues, esses serviços que têm regulação prevista pela PNPSR (2009), são utilizados pela população em situação de rua para pernoitar. De acordo com a PNPSR, os albergues devem obedecer a um padrão básico de qualidade, segurança e conforto, observando o limite de sua capacidade, com regras de funcionamento e convivência. A recomendação é de que mantenham horários flexíveis para a entrada e saída dos

usuários, respeitando o direito de permanência da população em situação de rua e oferecendo, no mínimo, uma refeição por dia (BRASIL, 2009a). Sua estruturação deve considerar a necessidade de cada município, incentivando sua utilização pelas pessoas em situação de rua (BRASIL, 2012a). Devem assegurar a acessibilidade e a salubridade. Ou seja, as unidades devem estar localizadas em áreas onde haja maior concentração de pessoas em situação de rua, suas estruturas devem ser acolhedoras, bem iluminadas e bem ventiladas, com ambientes agradáveis (BRASIL, 2014).

Honorato e Saraiva (2017) observam a existência de albergues que não seguem as recomendações da PNPSR, estabelecendo um espaço de poder, ao buscar o controle por meio de regras que filtram quem deve ou não deve ali estar, mantendo horários inflexíveis, sem nenhum tipo de acolhimento.

O Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), é previsto no Decreto nº 7.053/2009 e representa um espaço de referência para a população em situação de rua, com oferta de atendimento psicossocial (BRASIL, 2009a). O Centro POP é um espaço de convívio que deve propiciar a construção de laços sociais, com o desenvolvimento de sentimentos de afetividade, solidariedade e respeito. Estimula-se a participação dos usuários em oficinas que possibilitem o alcance da autonomia e estimulem a organização e participação social (BRASIL, 2009a).

O funcionamento das unidades de Centro POP deve ser de, no mínimo, cinco dias por semana, durante oito horas por dia, com a equipe profissional necessária para assegurar um serviço de qualidade (BRASIL, 2011b). Sua equipe deve ser composta por, pelo menos, dois assistentes sociais, dois psicólogos, um profissional de nível superior, preferencialmente com formação em Direito, Pedagogia, Antropologia, Sociologia, Arte-educação ou Terapia Ocupacional e quatro profissionais de nível superior ou médio para a execução da abordagem social e o desenvolvimento de oficinas socioeducativas (BRASIL, 2011b).

Os avanços alcançados em nível nacional pelas políticas sociais e de saúde podem refletir no desenvolvimento dos serviços prestados nestes setores nos municípios. Entretanto é necessária a abertura da gestão municipal para a efetivação das políticas, considerando também a abertura de espaços de participação da população em situação de rua nas discussões para a sua implantação.

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

Compreender como é o acesso ao Sistema Único de Saúde na percepção dos adultos em situação de rua do município de Juiz de Fora, Minas Gerais.

5.2 Objetivos específicos

- a) Conhecer como está estruturada a rede de atenção à saúde do SUS para os adultos em situação de rua do município de Juiz de Fora;
- b) Identificar em que circunstâncias os adultos em situação de rua acessam à rede de atenção à saúde do município de Juiz de Fora;
- c) Verificar se o acesso dos adultos em situação de rua do município de Juiz de Fora à rede de atenção à saúde está organizado de forma a atender o direito à saúde;
- d) Analisar se a rede de atenção à saúde do SUS Juiz de Fora está estruturada em consonância com a *Política Nacional para a População em Situação de Rua*.

6 PERCURSO METODOLÓGICO

*“A alegria não chega apenas no encontro do achado,
mas faz parte do processo de busca.”
(Paulo Freire, 1996, p. 16)*

Para alcançar os objetivos traçados, é preciso reconhecer que a cientificidade não se limita a apenas uma única forma de produção conhecimento. Para diferentes objetivos, alinhados em diferentes áreas de conhecimento, existem metodologias e tipos de estudos que se enquadram melhor (MINAYO, 2014).

Para compreender como é o acesso das pessoas em situação de rua ao Sistema Único de Saúde, é necessário caracterizar os participantes desta pesquisa. Participam do estudo a população adulta em situação de rua do município de Juiz de Fora, em Minas Gerais. São sujeitos constituídos como sujeitos históricos, ou seja, carregam marcas pregressas, e estão em constante transformação. Além disso, possuem consciência histórica, dando significado, intencionalidade e interpretação às suas ações e construções.

Assim, como sujeito histórico, também se define a pesquisadora e, nesse sentido, a perspectiva ideológica é marcante neste estudo, que não nega seu comprometimento social em relação ao objeto de estudo e em relação às práticas em saúde.

A partir de tais considerações sobre os participantes e o estudo em si, é possível afirmar que a presente pesquisa é essencialmente qualitativa.

Os métodos qualitativos são utilizados para o estudo das crenças, representações, relações e percepções, que são produtos das interpretações que as pessoas realizam sobre seu modo de viver, sentir e pensar, o que possibilita uma análise profunda das relações, dos processos e dos fenômenos, evitando a desarticulação dos participantes da pesquisa com seu processo histórico e social. As estratégias metodológicas qualitativas são muito utilizadas em pesquisas com populações ou grupos focalizados, delimitados, visando organizar as informações históricas e sociais descritas sob o ponto de vista dos atores (MINAYO, 2014).

A pesquisa qualitativa aborda o conhecimento de forma sistemática até se chegar à compreensão da coerência interna do grupo estudado. A preocupação

maior desse tipo de pesquisa é com a compreensão interpretativa da ação social, chegando às suas causas relacionadas e aos seus efeitos (MINAYO, 2014).

Optou-se para a presente pesquisa, a partir das ponderações anteriormente descritas, uma abordagem metodológica qualitativa, com estudo descritivo exploratório. O estudo foi descritivo e exploratório por buscar a descrição dos fenômenos e das experiências, apresentando de forma organizada as informações reveladas pelos participantes, na tentativa de compreender uma questão ainda pouco estudada (MINAYO, 2014).

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, sendo aprovada em 12 de maio de 2017, através do parecer número 1.913.094 (ANEXO A).

6.1 Conhecendo o campo do estudo: o município de Juiz de Fora

O campo do estudo é o município de Juiz de Fora, que faz parte da Zona da Mata Mineira, na região Sudeste do estado de Minas Gerais, conforme Figura 1. De acordo com a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possui 559.636 habitantes (IBGE, 2018).

Mapa 1 – Localização de Juiz de Fora/MG



Fonte: IBGE, 2018.

De acordo com os dados do diagnóstico da população em situação de rua de Juiz de Fora, realizado em 2016, 559.636 habitantes do município, 243 dormem na rua, 141 são acolhidos em unidades de acolhimento e 496 habitantes sobrevivem da rua, mas eventualmente retornam para a casa. Ou seja, 880 habitantes utilizam-se da rua como espaço de sobrevivência (JUIZ DE FORA, 2016), conforme o Quadro 2:

Quadro 2 – População em situação de rua no município de Juiz de Fora/MG em 2016

População em Situação de Rua em Juiz de Fora	Total
População que dorme na rua	243
População que dorme em albergues	141
População que sobrevive da rua, mas eventualmente retorna para a casa	496

Fonte: JUIZ DE FORA, 2016.

Juiz de Fora está em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde desde 2002, sendo polo assistencial da macrorregião Sudeste, composta por oito microrregiões, abrangendo 94 municípios. É polo microrregional e referência em procedimentos de média e alta complexidade para cerca de 160 municípios (JUIZ DE FORA, 2014).

A rede de serviços de atenção à saúde no nível primário está constituída, até o momento da pesquisa, por 63 Unidades Básicas de Saúde (UBS) (JUIZ DE FORA, 2015), com a tipologia conforme descrito no Quadro 3. Apenas uma das UBS recebe a população em situação de rua do município, destinando duas vagas semanais ao seu atendimento.

Quadro 3 – Unidades Básicas de Saúde no município de Juiz de Fora/MG

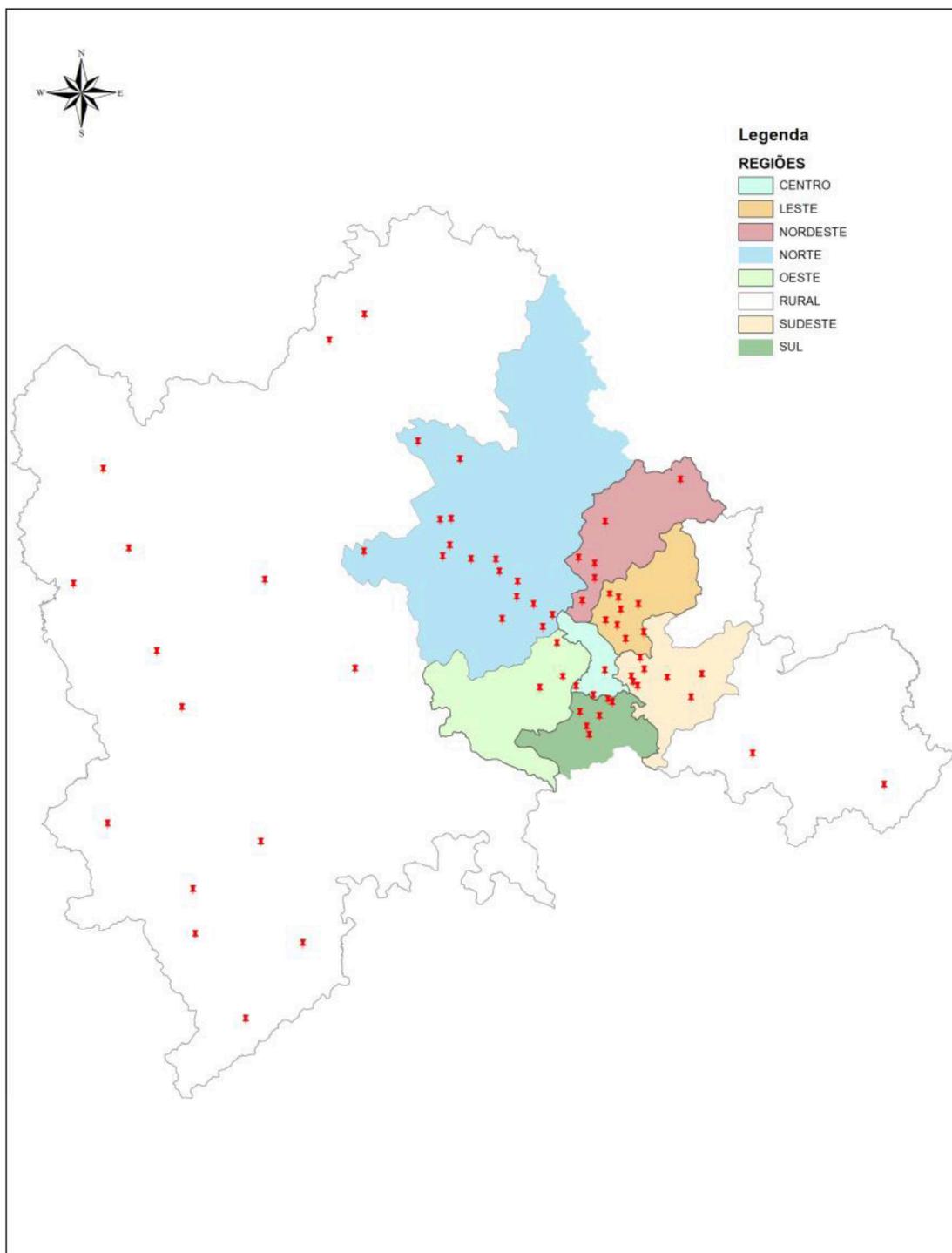
Tipologia	Quantidade de UBS
Estratégia de Saúde da Família	39
Modelo Tradicional	22
Mista ³	02
Total	63

Fonte: JUIZ DE FORA, 2015.

³ UBS Mista: convive o Modelo Tradicional e a Estratégia de Saúde da Família ou o Modelo Tradicional e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (JUIZ DE FORA, 2015).

A Atenção Primária à Saúde possui aproximadamente 81% de cobertura dos serviços e ações, e 19% da população juiz-forana encontra-se em área descoberta, como é apresentado na Figura 2, a seguir (JUIZ DE FORA, 2015):

Mapa 2 – Distribuição das UBS por região administrativa de Juiz de Fora/MG



Fonte: JUIZ DE FORA, 2015.

Como é possível observar no Quadro 4, para os atendimentos de urgência e emergência, o município conta com quatro Unidades de Pronto Atendimento (UPA): UPA Norte, UPA Leste (Regional Leste), UPA São Pedro e UPA Santa Luzia. Conta também com seis hospitais: o Hospital de Pronto Socorro (HPS), o Hospital Doutor João Felício, a Santa Casa de Misericórdia, o Hospital Regional Doutor João Penido, o Hospital Universitário (HU) e o Hospital Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ) (JUIZ DE FORA, 2016).

Quadro 4 – Unidades Pré-Hospitalares e Hospitalares pactualizadas na Rede de Urgência e Emergência do município de Juiz de Fora/MG

Unidade Pré-Hospitalar / Hospitalar de Urgência e Emergência	Oferta à pacientes com:
UPA Norte	urgências e emergências, como pressão e febre alta, fraturas, cortes, infarto e derrame.
UPA Leste	urgências e emergências, como pressão e febre alta, fraturas, cortes, infarto e derrame.
UPA São Pedro	urgências e emergências, como pressão e febre alta, fraturas, cortes, infarto e derrame.
UPA Santa Luzia	urgências e emergências, como pressão e febre alta, fraturas, cortes, infarto e derrame.
Hospital de Pronto Socorro	urgência de clínica médica e psiquiátrica.
Hospital Doutor João Felício	infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral.
Santa Casa de Misericórdia	poli traumatismos, fraturas expostas, perfuração por arma de fogo, perfuração por arma branca, trauma crâneo encefálico; infarto agudo do miocárdio.
Hospital Regional Doutor João Penido	necessidade de cirurgia geral não traumática.
Hospital Universitário	necessidade de cirurgia geral não traumática.
Hospital Maternidade Therezinha de Jesus	urgência obstétrica e ginecológica; fraturas fechadas com indicação cirúrgica.

Fonte: JUIZ DE FORA, 2016.

No campo da Saúde Mental, seguindo os preceitos da Reforma Psiquiátrica, Juiz de Fora possui cinco Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para oferecer acolhimento as pessoas em sofrimento mental severo, como pode ser conferido no Quadro 5, a seguir:

Quadro 5 – Centros de Atenção Psicossocial no município de Juiz de Fora/MG

Centros de Atenção Psicossocial em Juiz de Fora/MG
CAPS Leste
CAPS/HU
CAPS Casa Viva
CAPS Álcool e Drogas
CAPS Infância e Juventude

Fonte: JUIZ DE FORA, 2015.

Em 2011, Juiz de Fora implantou o Consultório na Rua, com o objetivo de oferecer à população de maior vulnerabilidade social a disponibilização de recursos para os cuidados básicos de saúde e atendimento em seus locais de permanência e encaminhamento das demandas mais complexas para a rede de saúde (JUIZ DE FORA, 2011). O Consultório na Rua é modalidade II e sua equipe é composta por psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e assistentes sociais, com ações promovidas pela Associação Casa Viva.

6.2 Os cenários do estudo

Os cenários escolhidos para o presente estudo foram:

- a) O Núcleo do Cidadão de Rua, que realiza acolhimento à população em situação de rua do município de Juiz de Fora, em regime de albergue. A unidade, administrada pela Secretaria de Desenvolvimento Social, possui cem leitos destinados a homens, e oferece duas refeições (jantar e café da manhã), cuidados com higiene e banho. O Núcleo do Cidadão de Rua fica localizado na região central do município, em um prédio bem antigo, em frente à linha do trem. Na sua calçada permanecem alguns usuários de *crack*. De acordo com uma funcionária do albergue, o local em frente é conhecido como a “cracolândia” de Juiz de Fora. Estão lotados no albergue uma assistente social, um coordenador e seis agentes sociais.

6.3 Coleta de informações

As técnicas utilizadas para a obtenção das informações foram:

- a) Entrevistas individuais com roteiro norteador semiestruturado (APÊNDICE A), elaborado e utilizado pela pesquisadora, totalizando 20 entrevistas. Este tipo de técnica é conhecida por facilitar a abordagem e dar ao entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema sem se prender à pergunta formulada (MINAYO, 2014). As entrevistas foram gravadas em áudio (MP3) após autorização pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e, em seguida, transcritas na íntegra, tornando-se material de análise. As entrevistas duraram, em média, 40 minutos.
- b) Observação e registro em diário de campo. As anotações do diário de campo foram frutos das observações realizadas e possibilitaram registrar os resultados de conversas informais com os participantes da pesquisa, que eventualmente ocorreram antes da entrevista ou após o desligamento do gravador. Serviu também para anotar as observações de manifestações comportamentais dos participantes em relação aos pontos investigados pela pesquisa (MINAYO, 2014).

Todas as entrevistas foram transferidas para um disco compacto (CD-R). Este, junto com as falas transcritas e as anotações do diário de campo serão mantidos com a pesquisadora por cinco anos após o término da pesquisa, sendo, ao final desse período, destruídos.

De acordo com o compromisso assumido pela pesquisadora, uma cópia da dissertação será encaminhada à Secretaria Municipal do Desenvolvimento Social e outra à Secretária Municipal de Saúde. A disponibilização das cópias terá como propósito contribuir para melhorias dos serviços prestados no campo da saúde, contemplando as peculiaridades da população de rua. Deseja-se também colaborar com a elaboração de diretrizes da política municipal da população em situação de rua e fortalecer o debate sobre os princípios do SUS de universalidade do acesso e equidade a essa população.

6.4 Os participantes da pesquisa

Participaram voluntariamente das entrevistas vinte pessoas em situação de rua e maiores de dezoito anos, sendo quatorze do sexo masculino e seis do sexo feminino. Por se tratar de pesquisa qualitativa, as entrevistas foram realizadas até obter-se saturação em relação ao conteúdo manifesto pelos participantes. Após essa constatação, duas outras entrevistas foram realizadas para confirmação da saturação das informações.

Foram excluídas da pesquisa as pessoas que estiveram sem condições cognitivas para responderem as perguntas propostas pela entrevista, em abuso de álcool e/ou outras substâncias psicoativas.

Com a finalidade de preservar o sigilo dos participantes, estes foram identificados pela letra E, seguida pelos números arábicos consecutivos, em ordem crescente, de acordo com o número de entrevistados (E1 à E20).

O primeiro diagnóstico da população em situação de rua, realizado em 2016 pela Secretaria de Desenvolvimento Social, dividiu as pessoas em situação de rua em três grupos: pessoas que dormem nas ruas, pessoas que utilizam os albergues e pessoas que retornam para a casa eventualmente. Os grupos estudados são compostos, em maioria, pelo sexo masculino (82%, 85% e 78%, respectivamente) e por pessoas pretas ou pardas, que somadas contabilizam para cada grupo 78%, 81% e 74%, respectivamente (JUIZ DE FORA, 2016).

É importante destacar que no Brasil a cor da pele é um fator de vulnerabilidade social. A constatação de que a maioria da população em situação de rua é de cor preta ou parda não é apenas uma coincidência, a cor da pele com a qual se nasce é uma das categorias estruturantes das desigualdades socioeconômicas no país. Nascer com a pele preta ou parda carrega em si desvantagens quanto à escolaridade, salário, emprego e moradia (VOLOCHKO; VIDAL, 2010).

Quanto à escolaridade, a maioria das pessoas nos três grupos identificados na referida pesquisa possui ensino fundamental incompleto (68%, 52% e 40%). É importante ressaltar que dentre os albergados, 2% possuem nível superior incompleto e no grupo das pessoas que voltam para a casa aparecem aquelas com nível superior completo (2%) e com pós-graduação (1%) (JUIZ DE FORA, 2016). Este dado aponta para a diversidade dos níveis de escolaridade da população em

situação de rua do município. Apesar da maioria das pessoas possuírem um nível de escolaridade baixo, existem pessoas nesta situação com nível superior, o que possibilita levantar a questão sobre os motivos que levaram estas pessoas às ruas.

Os principais motivos para se estar em situação de rua, tanto para as pessoas que dormem nas ruas quanto para as pessoas que utilizam os albergues, são as drogas (28% e 22% respectivamente) e os conflitos familiares (24% e 20% respectivamente). Já para as pessoas que retornam para a casa, o motivo principal apontado é o desemprego (35%) (JUIZ DE FORA, 2016).

Mais da metade (80%) das pessoas que dormem nas ruas de Juiz de Fora rua declarou já ter sofrido algum tipo de violência. Dentre as pessoas albergadas, o número de pessoas que declarou já ter sofrido violência é menor, mas ainda preocupante (52%). Já em relação às pessoas que retornam para a casa, 55% fizeram esta afirmação. Dos tipos de violência relatados pelos três grupos estão: a violência moral (70%, 30%, 44% respectivamente), patrimonial (64%, 26%, 14% respectivamente), física (38%, 15%, 15% respectivamente) e sexual (10%, 7%, 2% respectivamente) (JUIZ DE FORA, 2016). Identifica-se que o grupo de pessoas que dorme nas ruas possui maior vulnerabilidade à violência e a violência moral é a que mais afeta.

Em relação à documentação, dentre os três grupos pesquisados pela Secretaria de Desenvolvimento Social de Juiz de Fora, a população que dorme em albergues e a população que retorna para casa possuem o maior percentual de pessoas com algum tipo de documentação (96% e 97%, respectivamente), incluindo o cartão SUS (44% e 51%, respectivamente). Dos que dormem na rua, 64% afirmam possuir pelo menos um tipo de documento. Destes, apenas 26% possuem o Cartão SUS (JUIZ DE FORA, 2016).

Sobre trabalho e sobrevivência nas ruas, 84% das pessoas que dormem nas ruas declararam terem trabalhado nos últimos 12 meses. Já as pessoas que dormem em albergues afirmaram, em sua maioria (81%), não terem trabalhado. Das pessoas que voltam para a casa, 78% afirmou ter trabalhado (JUIZ DE FORA, 2016).

Afirmaram não pedir dinheiro 47% das pessoas que dormem na rua, 63% das que dormem nos albergues e 78% das que retornam para a casa. Nos três grupos tiveram pessoas que disseram pedir, mas ressaltaram que esta não é a única forma de sobrevivência (38%, 22% e 7%, respectivamente) (JUIZ DE FORA, 2016).

Sobre os problemas de saúde, no grupo das pessoas que dormem na rua, 30% afirmou ter alguma doença. As doenças mais mencionadas foram: as respiratórias (62%), a dependência química (16%) e as doenças de pele (11%). No grupo de pessoas que são albergadas, 41% responderam ter tido algum problema de saúde e as doenças mais mencionadas foram as respiratórias (43%) e a dependência química (14%). No grupo de pessoas que eventualmente retornam para casa, 20% declararam ter algum problema de saúde e citaram problemas nas articulações (20%), diabetes (10%) e hipertensão (10%) (JUIZ DE FORA, 2016).

Diante de todos os dados reunidos, é possível perceber, que dentre os grupos analisados no município de Juiz de Fora, o grupo constituído por pessoas que dormem nas ruas possui maior vulnerabilidade social. A maior proximidade com as ruas carrega consigo maior contato com a violência e com problemas de saúde. Tal fato pode indicar também uma relação entre saúde e determinantes sociais.

6.5 Análise das informações

Considerando as características histórico-sociais do objeto de estudo, os dados foram interpretados à luz da hermenêutica dialética.

A hermenêutica tem a linguagem como essência e busca a compreensão de sentido que se dá no meio da comunicação. Busca no discurso enunciado os consensos e sua compreensão. No centro de sua elaboração está a noção de *compreender*. Para Gadamer (1999), compreender não é contemplar, já que a contemplação distancia o investigador da realidade histórica. Compreender reside no fato de que o sentido do peculiar é sempre resultante do contexto e, em última análise, do todo. A compreensão não pode partir de um procedimento mecânico e tecnicamente fechado: o que se interpreta pode não ser entendido de uma só vez e de uma vez por todas. Considera-se que nem sempre a linguagem é transparente em si mesma, levando-se em conta que um entendimento nunca é completo ou total. Entender é um ato que ultrapassa o desvendamento da verdade do objeto, pois é a revelação do que o outro coloca como verdade.

A unidade temporal da hermenêutica é o presente, que se constitui no encontro entre o passado e o futuro. A base para toda atividade emergente encontra-se naquilo que já se formou e que não pode ser desfeito. O elo que liga o

presente com o passado e com o futuro não pode ser desconsiderado, e é o que se denomina como a cultura de um povo, de uma nação, de uma época (GADAMER, 1999; GOMES, 2014; MINAYO, 2014).

Já a dialética, por sua vez, dá ênfase à diferença, ao dissenso, ao contraste e à ruptura do sentido da linguagem, valendo-se da contradição e do conflito para compreender a realidade (GOMES, 2014; MINAYO, 2014). Para Marx (1996), a dialética tornou-se uma maneira dinâmica de interpretar o mundo, os fatos históricos e econômicos, bem como as ideias. De acordo com o autor, a dialética é um método de transformação do real, e este, por sua vez, modifica as ideias.

Para o materialismo-histórico, cada fenômeno é um processo, um tornar-se; os fenômenos encontram-se encadeados; cada fenômeno carrega em si sua contradição; nos processos de transformação as mudanças ocorrem tanto em quantidade quanto em qualidade (MARX, 1996).

A junção destas duas perspectivas teóricas e interpretativas da linguagem possibilita transcender aquilo que está expresso pela fala, desvelando os sentidos que estão encobertos. Enquanto a hermenêutica procura essencialmente a compreensão, a dialética firma uma atitude crítica (GOMES, 2014; MINAYO, 2014).

A análise dos dados seguiu os seguintes momentos: de ordenação dos dados, classificação dos dados e relatório final, conforme Minayo (2014) propôs. A organização dos dados permitiu estabelecer uma identificação do material coletado no campo de estudo, através da transcrição das entrevistas e leitura preliminar do material. O momento da classificação dos dados foi realizado a partir da leitura flutuante das entrevistas, com o objetivo de reconhecer as ideias centrais sobre o objeto de estudo, encontrando-se assim, os núcleos de sentido que foram analisados. São eles: “motivo propulsor para estar em situação de rua”, “estratégias para a sobrevivência”, “dificuldades da vivência na rua que interferem na saúde”, “motivos para procurar os serviços de saúde”, “quando não procura os serviços de saúde”, “serviços de saúde procurados, como ocorre seu acesso e como é o atendimento e dificuldades no acesso” e “percepção sobre o direito à saúde”.

Após a identificação dos núcleos de sentido, os fragmentos das falas (unidades) relacionados a cada núcleo de sentido foram organizados em um quadro de análise (QUADRO 6), conforme proposta de Alencar, Nascimento e Alencar (2012).

Quadro 6 – Quadro de análise das entrevistas

Núcleos de Sentido	E1	E2	E (...)	E20	Síntese Horizontal
Motivo propulsor para estar em situação de rua					
Estratégias para a sobrevivência					
Dificuldades da vivência na rua que interferem na saúde					
Motivos para procurar os serviços de saúde					
Quando não procura os serviços de saúde					
Serviços de saúde procurados; como ocorre seu acesso e como é o atendimento					
Dificuldades no acesso					
Percepção sobre o direito à saúde					
Síntese Vertical					

Fonte: A autora.

Após as unidades serem organizadas no Quadro de Análise, foram analisadas a partir das sínteses horizontal e vertical de cada núcleo de sentido. Enquanto a síntese horizontal possibilitou identificar convergências, divergências, e complementaridades das falas de cada participante da pesquisa, a síntese vertical possibilitou a visualização da articulação dos núcleos de sentido para cada participante individualmente.

Uma nova leitura das sínteses foi realizada retomando as questões que norteiam o estudo, seus objetivos e seu referencial teórico, possibilitando a constituição das categorias de análise.

A partir dos núcleos de sentido “motivo propulsor para estar em situação de rua” e “estratégias de sobrevivência” formou-se a categoria de análise: “motivos que conduzem as pessoas para a situação de rua e suas estratégias para sobrevivência ou para mudanças de vida”.

Outra categoria de análise é “a vivência na rua e sua interferência na saúde”, constituída pelo núcleo de sentido: “dificuldades da vivência na rua que interferem na saúde”.

A categoria “o acesso da população em situação de rua nos serviços de saúde: acolhimento e dificuldades enfrentadas” foi formada pelos núcleos de sentido: “motivos para procurar os serviços de saúde”, “quando não procura os serviços de saúde” “serviços de saúde procurados”; “como ocorre seu acesso e como é o atendimento e dificuldades no acesso”.

A última categoria de análise é “o direito à saúde: a voz da população em situação de rua” e foi construída a partir do núcleo de sentido: “percepção sobre o direito à saúde”.

Dando prosseguimento a análise e interpretação destas categorias, foi realizada a construção do relatório final e as considerações finais do trabalho.

6.6 O piloto da pesquisa

Com a finalidade de testar o instrumento de produção e aparar algumas arestas nas estratégias metodológicas, foi realizado um piloto da pesquisa no albergue Núcleo do Cidadão de Rua. Três reuniões foram realizadas com os membros da Secretaria de Desenvolvimento Social e da Associação Municipal de Apoio Comunitário para a divulgação da pesquisa e elucidações de dúvidas que ficaram a partir da leitura do projeto. As entrevistas do piloto foram realizadas nos dias 16 e 17 de fevereiro de 2017, após processo de ambientação da pesquisadora no albergue.

A chegada ao albergue sucedeu de forma tranquila, antes da entrada dos usuários. Estavam no albergue dois funcionários que receberam a pesquisadora. Uma reunião foi iniciada para esclarecimentos sobre a pesquisa e sobre o funcionamento do albergue. A pesquisadora pôde então observar as normas e rotinas estabelecidas pelo albergue durante a entrada dos usuários.

Às 17 h o portão é aberto para os idosos e às 18 h para o restante dos usuários. Cada um que entra é revistado, e é realizado o cadastro do dia, com nome, idade e cor. Após o cadastro, o usuário recebe uma toalha e um pedaço de sabonete para o banho. Ao devolver a toalha, sua entrada é liberada para o refeitório, onde recebe o jantar. Depois do jantar, recebe um lençol para cobrir seu colchão. A sala de estar que fica no primeiro andar pode ser utilizada. Às 22 h todos devem estar deitados e as luzes são apagadas. Pela manhã, após devolver o lençol, o usuário toma café da manhã e deve sair até às 6 h. Este albergue recebe até cem homens por dia.

Algumas pessoas ficaram curiosas em relação à pesquisa. A aproximação com os usuários ocorreu gradativamente, através da mediação de uma funcionária. Alguns usuários ficaram retraídos, enquanto outros demonstraram o desejo de conversar. As entrevistas foram iniciadas quando alguns usuários demonstraram interesse e disponibilidade para participar da pesquisa.

Não foi possível realizar a pesquisa na Casa de Passagem para Mulheres em Situação de Rua, porque assim como o Núcleo do Cidadão de Rua, estava enfrentando um surto de “piolhos de corpo”, entretanto, suas instalações estavam em processo de dedetização.

Foram realizadas quatro entrevistas com pessoas do sexo masculino, com idades entre 27 e 65 anos: E1; E2; E3; E4. Todas as entrevistas tiveram o consentimento dos participantes e foram gravadas em áudio, transcritas e analisadas conforme a metodologia de análise planejada.

Os resultados do piloto da pesquisa foram apresentados na qualificação da pesquisadora e avaliados pela banca examinadora. As entrevistas desta fase foram agregadas as demais, e compõem o quadro de análise final da pesquisa.

7 HERMENÊUTICA DIALÉTICA

*A liberdade na sociedade
é inseparável do pensamento esclarecedor.
(Thodor Adorno e Max Horkheimer, 1947, p.3)*

A hermenêutica e a dialética conformam perspectivas teóricas e interpretativas da linguagem. Na fundamentação das pesquisas qualitativas, a articulação da hermenêutica com a dialética é uma direção importante, pois possibilita a valorização das complementaridades e divergências entre as duas perspectivas (ALENCAR; NASCIMENTO; ALENCAR, 2012).

É a partir dos anos 60 que Jürgen Habermas e Hans-Georg Gadamer colocaram em destaque o debate sobre hermenêutica e dialética, objetivando a práxis de produção de conhecimento. Os dois autores favoreceram o diálogo entre a Filosofia, as Ciências Sociais e as Ciências Humanas. Tal aproximação permitiu que os métodos destas ciências ultrapassassem o positivismo embasado apenas no rigor de técnicas que poderiam engessar as questões sociais (MINAYO, 2014).

Minayo (2014) enfatiza que a partir da hermenêutica-dialética é possível defender do mecanicismo científico tanto os objetos de estudos das Ciências Sociais e Humanas, quanto seus procedimentos científicos, afastando-os de uma simples teoria de tratamento de dados. Com a união das duas abordagens pode-se obter uma análise que seja compreensiva e crítica da realidade social.

7.1 A hermenêutica

A palavra hermenêutica tem sua origem nos termos gregos: *hermênêus*, *hermêneutik* e *hermênéia*, que significam a manifestação do pensamento pela palavra. Sua gênese está ligada ao deus Hermes, o deus da comunicação e da compreensão humana, que, de acordo com a mitologia grega, cumpria papel de mediador entre os deuses e os homens. A partir dele nasceram a linguagem e a escrita (BRITO et al., 2007).

A hermenêutica é entendida como a ciência da interpretação e pode ser considerada como uma ramificação da filosofia, com a finalidade principal de

compreender o homem através da interpretação do sentido das palavras, dos signos, da cultura, dos textos e outras representações que são provenientes da interação dos homens. O instrumento fundamental da Hermenêutica é a linguagem (BRITO et al., 2007).

Existem três grandes concepções possíveis para a hermenêutica. No sentido mais clássico, a pretensão da hermenêutica era apresentar uma interpretação competente por meio de regras, de forma técnico-normativa, restringindo-se a oferecer indicações metodológicas para prevenir a arbitrariedade na interpretação de textos (GRONDIN, 2012). Neste sentido, o desenvolvimento da hermenêutica fundamenta-se principalmente entre as disciplinas associadas à interpretação dos textos sagrados ou canônicos, como a teologia e a filologia. O método hermenêutico era utilizado de forma auxiliar, apenas quando o intérprete se deparava com passagens ambíguas. Essa tradição manteve-se até o início do século XIX (GRONDIN, 2012).

Para a hermenêutica, aquilo que se desejava comunicar teria que ser apresentado no discurso de forma eficaz. Uma das mais importantes regras hermenêuticas indicava que as partes de um texto deviam ser entendidas a partir do todo que o constituía e também a partir da sua intenção geral (GRONDIN, 2012).

É com Wilhelm Dilthey que a hermenêutica ganha uma concepção mais universal, podendo servir de fundamento metodológico para todas as Ciências Humanas e Sociais. Surgia a segunda concepção da hermenêutica. Com a metodologia hermenêutica surgiu a possibilidade dessa área de conhecimento formalizar um estatuto científico (GRONDIN, 2012).

Na terceira concepção, com contribuições de Nietzsche e Heidegger, a hermenêutica foi colocada no centro da reflexão filosófica. Para Heidegger a hermenêutica ultrapassa a interpretação de textos, tendo relação com todos os processos fundamentais encontrados no núcleo da vida, que também é permeada de interpretações. É neste momento que a hermenêutica passa de uma “hermenêutica de textos” para uma “hermenêutica da existência” (GRONDIN, 2012).

Com a hermenêutica existencial de Heidegger ocorreu a inversão na relação teleológica entre interpretação e compreensão. Se antes do filósofo a hermenêutica tradicional baseava-se na interpretação como meio para a compreensão, com Heidegger a compreensão tornou-se o primário da hermenêutica e a interpretação

passou a ser entendida como a elaboração da compreensão (BRITO et al., 2007; GRONDIN, 2012).

Heidegger aponta que na compreensão de um texto sempre ocorre uma projeção, pois todo texto é lido a partir de determinadas expectativas. Dessa forma, a compreensão está embasada na elaboração de um projeto prévio. E, conforme se avança no texto, aprofundando-se em seu sentido, é possível revisar o que foi compreendido. Compreender, portanto, é um processo constante. A primeira e mais importante tarefa do intérprete é deixar-se determinar pelo próprio discurso enunciado (GADAMER, 1999).

Heidegger coloca a hermenêutica no cenário da facticidade humana, ou seja, o homem é caracterizado por uma interpretação que lhe é peculiar e que existe mesmo antes de qualquer enunciado. Existe assim uma pré-compreensão que surge da eventual situação existencial que delimita a validade de cada tentativa de interpretação (BRITO et al., 2007; GRONDIN, 2012).

A própria existência é em si hermenêutica, por demandar constante necessidade de entendimento. O entendimento é a chave da concepção hermenêutica em Heidegger, e representa a possibilidade de realização de algo. Entender teoricamente um contexto, fato ou coisa, significa ter disposição para levá-los a cabo e assim começar algo com eles (BRITO et al., 2007; GRONDIN, 2012).

Com Heidegger a hermenêutica passa a se preocupar com a existência individual de cada ser, distanciando-se da hermenêutica clássica e seu envolvimento apenas com os textos. Aquilo que se busca compreender inicialmente não é a intenção do autor ou o sentido do texto, mas a intenção que habita a própria existência (GRONDIN, 2012).

A hermenêutica introduz uma função psicológica nas perspectivas interpretativas do conhecimento. Além da busca pela compreensão das palavras e de seu sentido objetivo, passou-se a buscar também a individualidade daquele que fala. Ao realizar a leitura de um texto é possível manter um diálogo com o autor (BRITO et al., 2007).

Muito do desenvolvimento da hermenêutica deve-se também à Gadamer. A partir do autor, a hermenêutica passou a avançar na busca do verdadeiro sentido e amplitude da linguagem humana. Sua tarefa tornou-se mais crítica: a de superar a estranheza que a individualidade causa, na busca de um significativo diálogo, no

qual o entendimento acontece pela via da compreensão (BRITO et al., 2007; GRONDIN, 2012).

Inicialmente Gadamer retorna à Dilthey para questionar se realmente a verdade das Ciências Humanas poderia ser alcançada por meio de uma metodologia. O autor coloca no cerne da questão a distância que o método científico busca entre o observador e o seu objeto, concluindo em seu livro *Verdade e Método* que essa distância não seria possível para os objetivos das Ciências Humanas. Para Gadamer (1999), a verdade não é apenas uma questão de método.

Gadamer ultrapassa o campo científico metodológico da hermenêutica de Dilthey e a constitui como linguagem que possibilita a articulação entre o sentido e a compreensão da verdade. O fenômeno da compreensão não se restringe ao âmbito das ciências, mas pertence também à experiência do homem no mundo. Para Gadamer, a experiência da verdade é possível em toda parte, indagando sua legitimação, onde quer que ela se encontre (GRONDIN, 2012).

O humanismo é retomado por Gadamer, por ser uma linha teórica que não busca mensurar e objetivar seus resultados, mas alcançar o desenvolvimento da capacidade de julgamento dos indivíduos. Ao se distanciar do conhecimento metódico imposto pelo positivismo científico, Gadamer reconhece a importância e a legitimidade do positivismo no campo das ciências da natureza, entretanto, afirma que sua imposição como a única forma de conhecimento impede o avanço de outros modos de saber (GADAMER, 1999).

Gadamer inspira-se na experiência com a arte para buscar um modelo de saber diferente do modelo positivista. Para o autor, além da experiência estética, a obra de arte oferece um encontro com a verdade. Para entender uma obra de arte ou um autor, é preciso se deixar levar. Aquele que pretende entender é quem menos dirige, é aquele que é levado e encantado pela obra e, assim, é conduzido a participar de uma verdade. É impossível ficar indiferente diante da verdade que uma obra revela, e, por isso, ela provoca transformações. A subjetividade encontra-se intrinsecamente implicada tanto na experiência de compreensão da arte, como no processo de compreensão da existência (GADAMER, 1999).

A compreensão está associada às respostas de questionamentos ansiosos por uma direção. Com isso, Gadamer instaura uma estrutura universal da hermenêutica, que está relacionada à dependência que a compreensão tem da conversação, pois esta está presente em toda parte, através do encontro de

peças diversas que pensam de maneiras diferentes. Deste modo, a compreensão se realiza no encontro com a alteridade e, para tanto, colocar-se no lugar do outro torna-se uma tarefa de extrema importância. Uma consciência que se forma de maneira hermenêutica é receptiva à alteridade daquele que enuncia. Nesse sentido, o intérprete não deve restringir-se a reproduzir o que o interlocutor enuncia, mas deve ter consciência da relação dialogal estabelecida, e valorizar aquilo que o interlocutor coloca em palavras. Segundo Gadamer, aquilo que é enunciado sempre diz mais do que realmente é expressado pelas palavras (BRITO et al., 2007). Todo discurso expressa um saber compartilhado que é atravessado por conjunturas sociais, econômicas, culturais, familiares, dentre outras. Compreender é aplicar. Só é possível compreender adequadamente se a compreensão se fizer a cada instante de forma nova e distinta (BRITO et al., 2007, GRONDIN, 2012; MINAYO, 2014).

Na análise dos textos, o pesquisador deve buscar aquilo que o enunciador desejou emitir e não se prender na busca de uma verdade essencial. Dessa forma, o sentido de um enunciado pode se abrir em vários caminhos. Quando um pensamento é enunciado, quem o enunciou não possui total consciência de todas as possibilidades de leitura (GADAMER, 1999; MINAYO, 2014).

Na práxis interpretativa da hermenêutica busca-se o que há de diferenças e semelhanças nos contextos do enunciador do texto e do investigador. Supõe-se um compartilhamento entre seus mundos. Entretanto, busca-se também o entendimento dos enunciados por eles mesmos, apoiando a reflexão sobre seu contexto histórico. Compreender é também um ato de se compreender (GADAMER, 1999).

7.2 A dialética

A dialética enquanto saber filosófico foi instituída através do pensamento grego pré-socrático como um método de busca pela verdade. Através da formulação de perguntas e respostas era possível determinar as incongruências dos discursos e chegar às concepções falsas. Tal método foi denominado por Sócrates (469 a 399 a.C.) como *maieutica*, o parto das ideias, pois através do diálogo e das discussões suscitadas era possível separar e classificar as ideias para assim analisá-las melhor (MINAYO, 2014).

Para o filósofo Heráclito de Éfeso, pensador dialético que viveu aproximadamente entre 540 a 480 a.C., tudo que existe está em constante transformação e o conflito é a base de todas as coisas. Todas as realidades são passíveis de transformação: a vida transforma-se em morte, a juventude transforma-se em velhice. É de Heráclito a reflexão de que nenhum homem pode banhar-se no mesmo rio duas vezes, porque da segunda vez tanto o homem quanto o rio não serão mais os mesmos, terão sofrido transformações (CARRASCO, 2016; KONDER, 2012).

Este pensamento sobre as constantes mudanças de todas as realidades sofreu críticas de Parmênides, contemporâneo de Heráclito. Parmênides defendia que toda mudança era um movimento superficial e que a imutabilidade era a essência de todas as coisas. A esta corrente de pensamento deu-se o nome de metafísica (CARRASCO, 2016; KONDER, 2012).

A metafísica correspondia aos interesses das classes dominantes. Seu discurso de imutabilidade das coisas também era transmitido para a sociedade em relação à sua organização. Quanto mais se perpetuava que os valores e preceitos sociais não eram susceptíveis às transformações, mais a sociedade se conformaria com seu *status*, reprimindo a vontade de mudar o regime social vigente (KONDER, 2012).

Durante um século a dialética não teve expressividade diante do domínio do pensamento metafísico. Foi com Aristóteles (384 a 322 a.C.) que a dialética retomou sua importância e as reflexões sobre o lado dinâmico da realidade ganharam novamente destaque. Para o filósofo, todas as coisas possuem potencialidades que se atualizam e se transformam em realidades. Ato e potência são conceitos fundamentais na obra de Aristóteles. O ser é aquilo que existe em ato e também é aquilo que pode vir a ser em ato, ou seja, o ser é ato e é potência. Dessa maneira, as coisas podem possuir determinadas características em um momento e características diferentes em outro (KONDER, 2012).

A Idade Média foi um período obscuro para o pensamento dialético, assim como para a filosofia clássica. A construção ideológica tornou-se ofício do clero, sendo praticamente restrita aos mosteiros. A estratificação social feudal requeria que as pessoas permanecessem realizando por toda a vida as mesmas atividades, sem questionar suas posições na sociedade. Assim, a dialética com suas reflexões sobre a transformação da realidade foi sufocada (KONDER, 2012).

No final do século XV e no século XVI, já com a abertura de mercado após o feudalismo, o mundo passou por grandes metamorfoses, tanto em relação ao pensamento quanto geograficamente. Foi um período de descobertas. As Américas foram encontradas por Cristóvão Colombo, Nicolau Copérnico descobriu que a Terra girava em torno do Sol e Galileu Galilei concluiu que o estado natural dos corpos não era o repouso, mas sim o movimento (KONDER, 2012). Acontecia o Renascimento do pensamento.

No século XVII alguns fragmentos da dialética voltaram a aparecer no pensamento de filósofos como Leibniz e Spinoza. Entretanto, somente no século XVIII que a filosofia se comprometeu incisivamente com a transformação das práticas sociais, mostrando, de fato, a sua potencialidade. A realidade francesa vivia um período de desigualdade abismal entre a nobreza e o povo, colocando em contraste o luxo e a mais profunda miséria. O cenário era de contestação e intensa agitação social, e filósofos como Diderot e Rousseau, começaram a captar as necessidades de transformação da sociedade. Toda essa movimentação culminou na Revolução Francesa (CARRASCO, 2016; KONDER, 2012).

Considerando que toda transformação da sociedade acarreta em transformações no homem, Diderot retomou a dialética para refletir sobre as implicações das mudanças sociais no indivíduo. Se tudo muda o tempo todo, logo, o homem está em permanente transfiguração (KONDER, 2012).

Rousseau também se pautava nas contradições da sociedade para fundamentar seu pensamento. Segundo o filósofo, o homem nasce livre, mas, no entanto, tal liberdade é podada pela organização social, sendo preciso, então, a realização de um contrato social, para que o indivíduo possa, em sociedade, experimentar uma certa liberdade que compense essa privação. (KONDER, 2012).

É com o filósofo Hegel que a dialética se tornou mais profunda. Em *A Fenomenologia do Espírito*, de 1813, o autor estabeleceu o movimento como sua premissa. É próprio do universo estar em transformação, e assim, através do movimento, nada permanece tal como é. Para Hegel, é a partir das ideias que a realidade pode tornar-se a ser, ou seja, a realidade é constantemente transformada pela interferência do homem (CARRASCO, 2016; KONDER, 2012).

A partir de reflexões sobre a Revolução Industrial na Inglaterra, Hegel chega à conclusão sobre a importância do trabalho para a transformação do homem. Com o trabalho, o homem é capaz de modificar a realidade e alterar o estado original das

coisas. O trabalho é o conceito fundamental para o entendimento do que Hegel chamou de “superação dialética”. A “superação dialética” traduz-se na negação da realidade, conservando algo de essencial desta realidade, para então elevá-la a um nível superior (KONDER, 2012). Para melhor entender este conceito, pode-se pensar sobre a fabricação de uma cadeira. A madeira é cortada e lapidada e não desaparece completamente. É transformada, elevada a um nível superior, para servir de lugar de descanso para o homem.

Assim como Hegel, Marx também adotou o conceito de trabalho como fundamental em sua obra. Enquanto Hegel prendia sua atenção no aspecto criativo do trabalho, Marx vislumbrava também seu lado negativo: a alienação com a divisão social do trabalho. Na exploração do trabalho, o produto que passa pelas mãos do trabalhador pertence a outra pessoa. A própria força de trabalho é transformada em mercadoria. Uma relação dialética é estabelecida. O trabalhador em vez de se realizar em seu trabalho, aliena-se nele. Ele não se reconhece em suas criações, mas sente-se ameaçado por elas e vivencia uma cadeia de novas opressões ao invés de libertar-se (CARRASCO, 2016).

Para a dialética de Marx a totalidade é mais que a soma de suas partes, sendo impossível apreender toda a realidade. Sempre há algo que escapa à apreensão, já que a visão do conjunto não pode esgotar a realidade e tudo está em transformação: “a totalidade é apenas um momento de um processo de totalização que nunca alcança uma etapa definitiva e acabada” (KONDER, 2012, p. 38).

Em Lênin, a dialética estuda as divergências das coisas entre si, considerando que a realidade está em desenvolvimento e as verdades são sempre relativas. Há uma infinidade de novas revelações e correlações, tornando a busca pelo conhecimento incessante. Com isso, torna-se necessário compreender como as coisas se relacionam entre si; explicitar como o fenômeno se desenvolve; e entender as contradições existentes no fenômeno estudado (MINAYO, 2014).

Para o método dialético, cada coisa é um processo em constante transformação, em um constante tornar-se. E os processos, por sua vez, possuem um encadeamento, estão conectados. Cada coisa também carrega em si a sua contradição, transforma-se em seu contrário. Este é um dos princípios da dialética: a contradição é o movimento básico da existência (MINAYO, 2014). Esse princípio remete ao pensamento de Heráclito, quando ele, ao falar das transformações da realidade, afirmou que a vida se transforma em morte, e a juventude transforma-se

em velhice. A dialética analisa tanto as contradições, como a união entre as partes de um todo. É um exercício de síntese e de análise para esclarecer as dimensões imediatas (que são percebidas imediatamente) e mediatas (que são construídas aos poucos) dos fenômenos (KONDER, 2012).

Outro princípio da dialética é que a quantidade se transforma em qualidade: o todo se modifica apenas quando há um acúmulo de mudanças das partes que o compõe. Neste pensamento encontra-se um convite para superar o positivismo que não leva em consideração as transformações qualitativas nos processos da realidade (MINAYO, 2014).

Ou outro princípio da dialética é a negação da negação. Uma afirmação está relacionada a sua negação, e tanto a afirmação como a sua negação podem ser superadas, prevalecendo uma síntese do fenômeno observado (KONDER, 2012).

7.3 Articulação entre hermenêutica e dialética

Dentre as semelhanças entre a hermenêutica e a dialética é possível enfatizar que as duas perspectivas apontam para a importância dos fatores históricos-sociais para os discursos. Entre o ouvinte e aquele que fala (o outro) é preciso que haja uma relação de alteridade. Em uma pesquisa no campo das Ciências Humanas e Sociais é importante sempre partir do outro para alcançar sua realidade e entender seu contexto histórico-social (STEIN, 2014).

Dessa forma, não é possível haver imparcialidade por parte do investigador. Se é necessário entender os fatores históricos-sociais que habitam o discurso do outro, é preciso que haja proximidade entre o investigador e o participante da pesquisa. Portanto, a ênfase no positivismo é criticada por ambas perspectivas, que valorizam a intersubjetividade. Além disso, observa-se uma tentativa de aproximação da verdade, mas diferentemente das perspectivas positivistas, considera-se que a verdade é relativa (GOMES, 2014).

Nos processos de pesquisa, o binômio “hermenêutica e dialética” suscita uma possibilidade filosófica de estudo da sociedade, através do conceito de estranhamento, advindo da dialética, mas sem o qual não há viabilidade para a compreensão. É sempre o estranhamento que produz a necessidade de

conhecimento da realidade. E é pelo estranhamento que nasce uma pesquisa (STEIN, 2014).

Enquanto a hermenêutica coloca sua ênfase na compreensão e no consenso, a dialética dá luz à diferença, ao contraste, ao dissenso e à crítica. As limitações da primeira abordagem podem ser fortemente compensadas pelas propostas do método dialético, assim como as limitações da dialética são compensadas pela hermenêutica. Ou seja, há uma relação de complementariedade entre as duas perspectivas (GOMES, 2014; MINAYO, 2014).

A hermenêutica e a dialética conformam momentos necessários da produção de conhecimento em relação aos processos sociais e, por consequência, àqueles atrelados à saúde e à doença, considerando todo o movimento sócio histórico envolvido nestes processos.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

*Eu não sou invisível. A gente não é invisível...
só que tem um monte de gente que não vê a gente.
Mas tinha que ter alguém para olhar para nossa situação.
(E1 - participante da pesquisa)*

A aproximação da pesquisadora com o campo e com os sujeitos da pesquisa permitiu o desencadeamento de relações intersubjetivas que resultaram em experiências de abertura para o diálogo. A riqueza de cada entrevista possibilitou a compreensão acerca dos mais diferentes aspectos da realidade cotidiana de cada um dos indivíduos, bem como de suas experiências de vida e de vivência nas ruas, incluindo as estratégias de sobrevivência, as expectativas e as dificuldades vivenciadas quanto ao acesso à saúde. A seguir será apresentada a compreensão e interpretação dos resultados da pesquisa, à luz do referencial adotado, fruto do cruzamento das sínteses horizontal e vertical das entrevistas com o registro das observações no diário de campo.

8.1 Caracterização da população participante da pesquisa

No Núcleo do Cidadão de Rua (NRC) foram entrevistados 14 homens e na Casa de Passagem para Mulheres em Situação de Rua (CPMSR) foram entrevistadas 6 mulheres. Os entrevistados possuem entre 25 e 68 anos, são, em sua maioria, de cor preta, com ensino fundamental incompleto. O tempo que estão em situação de rua varia entre 2 e 31 anos. As características dos usuários dos albergues apontam para a heterogeneidade dessa população, em consonância com a caracterização realizada pela *Política Nacional para a População em Situação de Rua* (BRASIL, 2009). O Quadro 7, a seguir, apresenta em síntese a caracterização dos participantes desta pesquisa.

Quadro 7 – Caracterização dos participantes da pesquisa

Participante	Instituição onde se alberga	Idade (anos)	Gênero	Cor	Escolaridade	Tempo que está na rua (anos)
E1	NCR	60	Masculino	Branca	Ensino Fundamental Incompleto	18
E2	NCR	30	Masculino	Preta	Ensino Médio Incompleto	5
E3	NCR	27	Masculino	Preta	Ensino Fundamental Incompleto	11
E4	NCR	65	Masculino	Preta	Ensino Médio Incompleto	30
E5	NCR	54	Masculino	Preta	Ensino Fundamental	31
E6	NCR	48	Masculino	Branca	Ensino Fundamental	3
E7	NCR	47	Masculino	Branca	Ensino Fundamental Incompleto	3
E8	NCR	38	Masculino	Preta	Ensino Fundamental Incompleto	21
E9	NCR	53	Masculino	Branca	Ensino Médio Incompleto	8
E10	NCR	57	Masculino	Branca	Ensino Fundamental Incompleto	20
E11	NCR	55	Masculino	Preta	Ensino Fundamental Incompleto	3
E12	NCR	68	Masculino	Branca	Ensino Fundamental Incompleto	14
E13	NCR	49	Masculino	Preta	Ensino Fundamental	5
E14	NCR	52	Masculino	Branca	Ensino Fundamental Incompleto	10
E15	CPMSR	34	Feminino	Preta	Ensino Fundamental	2
E16	CPMSR	32	Feminino	Branca	Ensino Médio	2
E17	CPMSR	28	Feminino	Preta	Ensino Fundamental Incompleto	2
E18	CPMSR	47	Feminino	Branca	Ensino Fundamental	2
E19	CPMSR	25	Feminino	Preta	Ensino Médio	17
E20	CPMSR	47	Feminino	Preta	Ensino Superior Incompleto	2

Fonte: A autora.

Das características dos participantes da pesquisa, a idade é um ponto de atenção. E1, E4 e E12 possuem mais de 60 anos e fazem parte de uma estatística importante: de acordo com o último censo do IBGE (2010), 26% da população do município de Juiz de Fora tem mais de 60 anos. E, segundo dados do diagnóstico da população em situação de rua de Juiz de Fora, realizado em 2016, 25% das pessoas em situação de rua tem acima de 50 anos (JUIZ DE FORA, 2016).

Rinco, Lopes e Domingues (2012) afirmam que o envelhecimento é um processo que envolve questões biológicas, psicológicas e sociais que podem tornar os idosos mais vulneráveis. A fragilidade do corpo, a manifestação de doenças crônicas, a dificuldade de locomoção, a dificuldade para acessar diversos serviços e o distanciamento dos familiares são fatores que podem interferir na qualidade de vida dessa população.

Junto à vulnerabilidade que a idade pode causar, os idosos em situação de rua vivenciam ainda a instabilidade e a precariedade das ruas. E1, E4 e E12 estão nas ruas há muito tempo (18, 30 e 14 anos, respectivamente). Além da idade, carregam o peso de vários anos de alimentação incerta, de busca por água potável, de trabalho informal, de distanciamento das famílias, de preconceito, de violência e de dificuldade no acesso à saúde. Todas essas dificuldades causam, sem dúvidas, um grande impacto à saúde física e mental.

A vulnerabilidade provocada pela idade é exemplificada nas histórias de E8 e E19, que saíram de casa durante o período da adolescência e infância (17 e 8 anos, respectivamente). É necessário ressaltar que, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990c), nenhuma criança ou adolescente pode ser objeto de qualquer forma de negligência, exploração, discriminação, crueldade, opressão e violência. Entretanto, as crianças e os adolescentes em situação de rua vivenciam cotidianamente a violência provocada por suas condições histórico-sociais. São vítimas da negligência da família e também do Estado, que deveria se articular para defender os direitos fundamentais dessa população.

A criança e o adolescente em situação de rua além de crescerem em contato com os mais diversos tipos de violências (social, psíquica, física), vivenciam a ausência ou a fragilidade de mediação na sua relação com o mundo. Sem a mediação de um adulto, seu contato com a realidade depende apenas dele mesmo, vivenciando e aprendendo dia a dia a árdua realidade das ruas, sendo muitas vezes

privados até mesmo da vivência do sentimento de proteção e afeto que uma família pode oferecer.

Outra questão que merece atenção é a racial. A cor da pele é um marcador consideravelmente importante para a compreensão de várias desigualdades sociais. No país, inúmeras são as desvantagens para quem nasce com a pele preta. Há uma grande diferença entre pessoas brancas e negras em relação aos trabalhos em que são empregadas, aos salários que recebem e também em relação ao acesso à saúde, à educação e outras políticas públicas (ROCHA, 2016; VOLOCHKO; VIDAL, 2010).

Percebe-se na caracterização da população deste estudo que E2, E3, E4, E5, E8, E11, E13, E15, E17, E19 e E20 são negros. E4 e E5 acumulam várias condições ligadas à vulnerabilidade: além de serem negros e possuírem mais de 50 anos (65 e 54, respectivamente), possuem um grande tempo de permanência nas ruas (30 e 31 anos, respectivamente) e baixa escolaridade.

Tanto a baixa escolaridade quanto o tempo de permanência nas ruas são fatores observados que podem estar relacionados com a cor da pele, como apontam Rocha (2016) e Volochko e Vidal (2010). O processo histórico do Brasil é profundamente marcado por uma herança racista e escravocrata, que provoca desigualdades nefastas na sociedade atual. Dessa forma, é possível inferir que, especificamente, estes participantes da pesquisa acumulam experiências de discriminação e preconceito originadas no racismo e, além disso, podem encontrar maior dificuldade para acessar os vários serviços públicos e para conseguirem ingressar no mercado formal de trabalho.

8.2 Motivos que conduzem as pessoas para a situação de rua e as estratégias para a sobrevivência

Ao analisar os motivos que levaram os participantes da pesquisa para a situação de rua, o rompimento ou a fragilidade dos vínculos familiares aparece para a maioria dos participantes. As razões são diversas e dentre elas estão as brigas com os cônjuges (E2, E4, E6, E8, E9, E13, E14 e E15) e com demais familiares, como irmãos (E7 e E18) e madrasta (E5). Aparece também o falecimento de mães e pais (E12 e E19) e o falecimento da avó (E3). Já E10 foi abandonado pelos pais

ainda criança, com dois anos de idade e nunca vivenciou o convívio familiar. Os trechos a seguir exemplificam, através das falas dos participantes, essas vivências:

Meu assunto foi briga em família, né? Com a mulher, com filho, qualquer coisa parecida. Aí a gente vem para rua para não aborrecer e nem fazer coisas piores dentro de casa. (E4)

O meu problema foi problema de família, né? Discussão de família. Eu morava em um terreno com meus outros irmãos e tinha um irmão que a gente não combinava. (E7)

Eu saí de casa... da casa dos meus pais, na época, por causa da minha madrasta. Eu não tinha aquela liberdade que eu tinha antes, com a minha mãe. Meu pai demorou uns 3, 4 anos para casar de novo. Mas depois que ele casou começou a implicância. (E5)

Eu não conheci nem minha mãe e nem o meu pai. Morei com a minha avó desde os três anos de idade até os dezesseis... Até os dezesseis anos quando ela morreu. (E3)

Eu fui abandonado com dois anos de idade. Aí eu fiquei nas mãos do juiz da infância e juventude. Eu não sei o que é família, eu nunca tive um convívio com ninguém. Eu não sei quem é meu pai, minha mãe, meus tios, minhas tias, meus sobrinhos, se eu tiver. Eu não conheço nada disso. (E10)

Para E8, a situação que culminou no rompimento com a família foi o desentendimento com a esposa, que aumentou depois que foi diagnosticado com o vírus da imunodeficiência humana (HIV):

Eu peguei HIV. Isso não é mais segredo. Fazer o quê? A gente pensa que nunca vai pegar. Mas a gente nunca pode dizer nunca. Aí é que aumentaram as brigas em casa... e eu tive que ir para rua mesmo. (E8)

A falta de acolhimento familiar após a passagem por instituições de regime de reclusão é um outro motivo para o rompimento com a família, conforme relatado por um dos participantes da pesquisa:

Eu era uma pessoa muito difícil, de ideia fraca, mente fraca. A encrenca foi ter passado pela Fundação Estadual para o Bem Estar do Menor (Febem). Quando saí de lá, não tinha mais família, não tinha amigos, não tinha ninguém. Foi um momento muito difícil. A gente não sabe o que fazer. Não tem dinheiro, não tem a quem recorrer. (E1)

A fragilização ou a interrupção dos laços familiares e sociais, situação constatada nas entrevistas desta pesquisa, é uma característica desse grupo populacional, de acordo com a PNPSR (BRASIL, 2009). Para Paugam (1999), os laços sociais são indispensáveis para a proteção e para o reconhecimento de um

indivíduo em um grupo. A partir dos laços sociais, o indivíduo adquire uma rede de suporte capaz de apoiá-lo nas adversidades da vida.

Por outro lado, a ausência de amparo pode ser um fator limitador na construção de recursos externos e internos para sustentar-se diante das dificuldades que inevitavelmente acontecem durante a vida. Para as pessoas que vivenciam a situação de rua, tais dificuldades estão intrinsicamente ligadas à sobrevivência de cada dia. Conseguir alimentação, conseguir água potável, lidar com as mudanças climáticas, com adoecimentos, com violências, tudo isso faz parte de uma luta que é constante.

Outra situação de rompimento com a família aconteceu com E16, que era violentada pelo companheiro e decidiu sair de casa para voltar a morar com sua mãe. Entretanto, não foi bem acolhida, pois a mãe era contra a sua separação. Quando ela decidiu voltar para sua casa, ela estava habitada por outra família. Após passar por diversas situações de violência doméstica e vivenciar o rompimento dos laços com a mãe, decidiu ir para a rua e agora aguarda pela reintegração de posse da sua casa:

Além dele usar muita droga, ele me batia... eu tinha muito medo dele. Aí que eu decidi voltar para casa da minha mãe. Só que ela não aceitou a minha separação e a gente brigava muito. Aí... quando eu decidi voltar para minha casa, eu fiquei sabendo que ele estava devendo uma dívida de droga. Aí foram lá e roubaram minha casa todinha... tudo. Não só as coisas de valor... as coisas sentimentais também. Eu fiquei só com a roupa do corpo. Como saquearam tudo, a casa ficou vazia. Aí uma família invadiu a minha casa. Eu entrei na justiça para ter a reintegração de posse e poder voltar para lá. Até conseguir ela de volta eu estou morando na rua. (E16)

Em maio de 2017, ou seja, há menos de um ano, foi publicada a Portaria 666 da Defensoria Pública-Geral da União (DPGU), dispondo as diretrizes para o atendimento jurídico à população em situação de rua. Ainda incipiente, a portaria define que o atendimento jurídico à essa população deve ser prioritário, sem necessidade de agendamento e, sempre que possível, realizado por equipe multidisciplinar. Esta equipe deve atuar desde a chegada do assistido ao setor de atendimento até à conclusão do caso, em articulação com Centros POP, Consultórios na Rua e Secretarias de Direitos Humanos (DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO, 2017).

A portaria representa uma importante conquista para as pessoas em situação de rua e o seu cumprimento é essencial para o exercício da cidadania. Quanto mais

facilitado for o caminho para a busca pelos direitos, maior será a procura dessas pessoas pelo acesso à justiça.

É preciso ressaltar que esse grupo populacional vivencia, como já indicado neste e em capítulos anteriores, inúmeras vulnerabilidades: está mais suscetível aos mais diversos tipos violências, necessita buscar estratégias diárias para a sobrevivência e muitas vezes não possui uma rede afetiva de suporte. Portanto, a agilidade para a resolução dos conflitos vivenciados é de extrema importância. O caso de E16 aponta para essa urgência, pois ela está nas ruas há dois anos, experimentando inúmeras dificuldades no dia a dia, e sem contar com o apoio de sua família. Ela apresenta em seu relato o desejo constante de sair das ruas e voltar para a sua casa. Para tanto, E16 necessita da agilidade da justiça em seu caso.

Além da fragilidade ou rompimento dos laços familiares, o uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas aparece nas entrevistas como motivo para estar em situação de rua, sendo relatado por E2, E3, E5, E8, E9, E13, E17, E18 e E20:

Acabei conhecendo as drogas por causa de um fim de relacionamento e estou assim... na rua e no vício. Mas eu vim para rua é mesmo por causa das drogas. (E17)

O uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas é uma situação de saúde pública, e é vivenciada por 14% da população em situação de rua que frequenta os albergues do município de Juiz de Fora, estando entre os três maiores problemas de saúde para esta população (JUIZ DE FORA, 2016).

Ao refletir se a pessoa está na rua porque usa drogas ou se usa drogas porque está na rua, Rodrigues (2016) afirma que as duas hipóteses são correlatas, com saldos mútuos. A droga pode ser tanto a causa como a consequência de estar na rua. Entretanto, o ponto central da questão encontra-se na leitura dimensional do uso de drogas, que está relacionado à trajetória do indivíduo e à estrutura social a qual pertence. Um dos entrevistados aponta para a complexidade da questão:

Eu morava com a minha avó, que foi ela que me criou, né... aí daí... eu conheci o mundo do tráfico, o mundo das drogas e vim parar no mundo da rua... e na rua também é o mundo das drogas (E2)

Rodrigues (2016) relembra que é incorreto pensar que a situação do uso prejudicial de drogas é uma exclusividade da população em situação de rua ou das pessoas que se encontram na pobreza, já que pessoas de todas as classes sociais

fazem uso de drogas. Porém, as consequências do uso, e mesmo do abuso, são diferentes para cada estrato social. Os vínculos familiares fortalecidos são determinantes nos tratamentos para o uso prejudicial. As pessoas que mantêm relação com os familiares podem obter um importante amparo frente às dificuldades do tratamento. Por outro lado, devido ao distanciamento dos familiares, a maior parte das pessoas em situação de rua esbarra justamente na ausência de suporte. Nesses casos, o auxílio necessário é realizado muitas vezes apenas pelos profissionais das equipes de assistência a essa população, como o CAPS.

De acordo com Santos (2009), para a reflexão sobre a ruptura dos laços familiares e o motivo da inserção na rua, é preciso considerar a dimensão social e histórica de cada família. Assim, é possível inferir que, em alguns casos, quando ocorre a tentativa da pessoa em situação de rua de voltar para o convívio familiar, esse movimento pode tornar-se frustrado, já que muitas vezes a pessoa, ao retornar para a casa, encontra a mesma dinâmica familiar, com as mesmas fragilidades que a fizeram sair de lá. Um dos participantes, por exemplo, relata tentativas de voltar para o convívio familiar, expondo sua necessidade de segurança:

Tentei voltar para família umas duas vezes, mas não deu certo. Agora eu não sei se eu paro por aqui ou se eu continuo tentando... porque eu tenho 65 anos, mas não estou morto ainda não, e família é segurança, né? (E4)

Alguns entrevistados narram estratégias para sobreviverem nas ruas ou movimentos intencionais para mudarem a condição de vida na qual se encontram. Uma das estratégias de sobrevivência na rua ocorre através do trabalho. Sete dos entrevistados realizam atividades informais, como venda de balas e picolés, venda de artesanatos, recolhimento e venda de papéis e latinhas:

Eu faço artesanato. Uma hora eu vou mostrar pra você ver. Faço pulseira, gargantilha... tudo de linha. Fica bonito até. (E4)

Hoje eu continuo com o meu carrinho, catando papel e ganhando meus trocados para não ter que depender tanto dos outros. (E12).

Rodrigues (2016) afirma que o trabalho informal na rua é uma estratégia utilizada pela pessoa em situação de rua para sair de uma posição de total dependência do outro. O dinheiro que consegue com um dia de trabalho é utilizado, na maioria das vezes, para comprar o que é necessário naquele dia. Assim, a

pessoa tem que trabalhar de forma incessante, independentemente das condições climáticas e de suas condições físicas, e desprovida dos seus direitos. Não há descanso, cada dia é um desafio que garante a sobrevivência.

Na tentativa de conseguirem um trabalho formalizado, dois dos entrevistados já distribuíram currículos:

Hoje eu faço meu biscatinho pra conseguir uns trocados. Eu já fiz currículo, enviei pra um monte de lugar, batendo de porta em porta, mas é difícil. Além de tudo tem a idade. Estou me aproximando dos 60 (anos) e é difícil. (E5)

Eu fiz uns currículos... enviei para restaurantes, supermercados... para ver o que é que dá. (E13)

Entretanto, a dificuldade de ingresso no trabalho formal é uma realidade constatada. Mesmo tendo em seu currículo a realização de um curso para trabalhar como garçom, E2 conseguiu apenas trabalho esporádico:

Na copa do mundo eu até arrumei um emprego, mas depois da copa eu fui mandado embora...Trabalhar é bom que a gente não pensa em besteira, não fica doente da cabeça... Mas arrumar trabalho também é danado. É difícil achar alguém que quer contratar morador de rua, ex-presidiário... trabalho direito com carteira assinada é difícil demais. (E2)

Em 2016, foram demitidos 49.282 juiz-foranos e foram contratados 46.913, segundo a última divulgação do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2018). Tais dados apontam para a dificuldade de ingresso no mercado de trabalho do município. Sem conseguir emprego formal, o indivíduo acaba optando pela informalidade, que, ao mesmo tempo em que acompanha atividades insalubres, afasta o cidadão dos seus direitos trabalhistas.

Se existe dificuldade para a pessoa que possui endereço residencial ingressar no mercado formal de trabalho, esta dificuldade é ainda maior para a pessoa em situação de rua. Entretanto, além de não possuir moradia e apresentar insuficiência na escolaridade, a pessoa que vive na rua também sofre com o preconceito e a discriminação na hora de procurar emprego. A aparência surge como fator determinante para conseguir ingresso no mercado de trabalho:

E conseguir um trabalho direitinho também é difícil. Eu quero é trabalhar. Às vezes a gente quer ir arrumadinho para levar o currículo na empresa, mas a gente não tem nem roupa para entrevista de emprego. Fora que eu estou sem meus dentes... e isso é feio para entrevista, né? Ninguém quer contratar alguém que não tem uma boa aparência. (E13)

Conforme o *Guia de Atuação Ministerial: defesa dos direitos das pessoas em situação de rua* (CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO, 2015), a aparência pessoal e a higiene corporal são alguns dos fatores de discriminação que prejudicam o acesso às políticas públicas e à construção das possibilidades de saída das ruas, incluindo a inserção ao mercado de trabalho.

Ressalta-se que além da dificuldade de acesso ao mercado de trabalho devido à aparência pessoal, existe também a dificuldade de acesso aos recursos que podem proporcionar sua transformação, como banheiros públicos com chuveiros, roupas limpas e até mesmo profissionais de saúde, como cirurgiões dentistas. Aqueles que frequentam os albergues ainda conseguem realizar a higiene pessoal, quando se sujeitam às normas estipuladas por esses equipamentos sociais. Entretanto, o acesso a tais recursos deve ser pensado de maneira a favorecer os cuidados pessoais inclusive daqueles que não frequentam os albergues.

Algumas das ações para acessar o mercado de trabalho previstas pela *Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua* (BRASIL, 2008b) englobam a inclusão dessas pessoas como público-alvo prioritário na intermediação de emprego pelos equipamentos sociais, a sua capacitação e qualificação profissional, o incentivo às formas cooperadas de trabalho e a garantia de acesso aos direitos trabalhistas, incluindo a aposentadoria. Além disso, o investimento do setor público em cursos de capacitação e de qualificação profissional destinados à essa população também é uma das estratégias para promover e estimular movimentos que provoquem mudanças nas condições de vida.

Para Boaventura de Souza Santos (2007), falar dos princípios, mas desobrigar-se das práticas é uma postura hipócrita. Os direitos que são proclamados, mas desrespeitados não fornecem a garantia da justiça social. Fazer cumprir os direitos sociais é um compromisso ético que, para além da instituição de princípios e diretrizes, se efetiva na construção dos equipamentos necessários para que se alcance a prática. Quando o esforço do poder público para a concretização das políticas é mínimo, o Estado se coloca aquém de realizar o seu papel de proteção social, instituído democraticamente no país.

8.3 A vivência na rua e sua interferência na saúde

Muitos aspectos da vivência na rua interferem na saúde, como já foi indicado anteriormente. O Quadro 8, a seguir, sintetiza as dificuldades enfrentadas por essa população, de acordo com as entrevistas realizadas.

Quadro 8 – Dificuldades da vivência na rua que interferem na saúde

Tipos de Dificuldades	Dificuldades Relatadas
Dificuldades relacionadas às necessidades básicas	- Sede - Fome - Acesso aos banheiros - Realizar a higiene pessoal
Dificuldades relacionadas às mudanças climáticas	- Frio - Chuva
Dificuldades psicossociais	- Vivência de preconceito, constrangimento, desigualdade, discriminação, falta de compaixão - Dificuldades para frequentar alguns espaços sociais - Vulnerabilidade à violência física e sexual - Uso prejudicial de álcool e outras drogas
Dificuldades relacionadas ao trabalho	- Vulnerabilidades no trabalho informal
Dificuldades relacionadas ao espaço físico	- Não ter onde ficar durante o dia
Dificuldades com a saúde	- Vivência na rua com doenças crônicas estigmatizadas (epilepsia) - Medo de passar mal na rua e não ser socorrido

Fonte: A autora. Quadro das Sínteses Horizontal e Vertical das Entrevistas (APÊNDICE C).

Conseguir água potável, alimentar-se, realizar a higiene pessoal e ir ao banheiro são necessidades básicas, que quando não atendidas podem causar inúmeros comprometimentos à saúde, além de serem fatores relevantes para a exclusão social. Os relatos dos participantes desta pesquisa reforçam, de maneira contundente, a existência dessas privações:

Para ser sincero com você, eu já passei fome. Cheguei a passar mesmo. É fome e é vontade de comer. É fome e é vontade de comer. Aí é aquilo... a gente quer comer uma coisa gostosa, quer beber um negócio específico e não pode. (E9)

Conseguir água para beber é muito difícil. Eu que trabalho, ainda consigo comprar uma garrafinha aqui e ali, mas quem não consegue trabalhar tem muito mais dificuldade. Aí tem que beber água suja mesmo. Ou é isso ou é passar sede [...] A gente come o que tem, o que dão, o que dá para comprar. (E1)

Nesse sentido, Aguiar e Iriart (2012) verificaram recentemente que a dificuldade para atender às necessidades básicas é um dos principais motivos para problemas de saúde e agravos entre as pessoas que moram nas ruas.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 afirma que a alimentação adequada, incluindo o acesso à água potável, é um dos componentes necessários para assegurar a todo ser humano um padrão de vida saudável (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948). No Brasil, apenas em 2010 a alimentação foi incluída como direito social na Constituição Federal, através da Emenda Constitucional 64 (BRASIL, 2010b). Mas a garantia do direito à alimentação, apesar de constitucional, permanece ainda como um desafio.

A alimentação é condição primordial para a vida e deve ser garantida de modo contínuo, observando-se os aspectos nutricionais e também os psicossociais. Mais do que o ato de devorar o alimento ou de nutrição do corpo, a alimentação revela a relação do indivíduo com o alimento e contempla as relações entre os indivíduos que o compartilham, ou seja, é um ato social.

Ainda sobre as necessidades básicas, os entrevistados apontam para a ausência de locais para lavar as roupas e a dificuldade para tomar banho, situações que acabam sendo dependentes da entrada no albergue:

A gente vive na rua, né? Senta no chão... e a rua é suja. Como a nossa roupa vai ficar? Suja, né? E tem onde lavar? Não tem onde lavar. Quando a gente não vai pro albergue... não tem jeito nem de tomar banho. (E1)

Especificamente em relação à higiene pessoal das mulheres, existe a dificuldade relacionada ao período menstrual:

Eu acho que uma dificuldade para gente que é mulher é a questão da higiene. Eu estou falando de menstruação mesmo. Às vezes a gente não consegue comprar absorvente... (E20)

Souza et al. (2015) observaram que os comportamentos de higiene pessoal, como tomar banho, ter roupas limpas e fazer assepsias em geral, aparecem quase sempre associados aos albergues e às Organizações Não Governamentais (ONG)

como locais de possibilidade para esse autocuidado. No município desta pesquisa, a disponibilidade de banheiros públicos e locais para banho são oferecidos apenas para a parcela da população em situação de rua que frequenta os albergues. Tal segregação pode até mesmo atuar como um fator de fortalecimento do preconceito e da discriminação, já que as pessoas que não frequentam os albergues configuram a maior parte das pessoas que estão nas ruas do município.

De acordo com Reis e Rizzotti (2013), a discriminação e o preconceito podem se apresentar como uma reação contra o corpo, a aparência física e a forma de se vestir. A discriminação contra o corpo que sofre as consequências da vivência na rua é uma reação contra uma aparência não idealizada. Um corpo marginalizado, sujo e exalando fortes odores não condiz com o ideal de uma sociedade limpa. A ausência de higiene pessoal é associada à malandragem, ao uso de drogas, à criminalidade.

O preconceito relacionado às questões de higiene causa baixa autoestima e diminui a esperança em mudança de vida. O fato de que alguns serviços essenciais, como os de saúde, também são denunciados por compartilharem desse mesmo preconceito, agrava a situação. Como melhorar a situação desse grupo populacional, se ainda não são disponibilizados suficientemente os equipamentos adequados para a realização da higiene pessoal? Quais as melhores estratégias para sensibilizar a sociedade que ainda discrimina por causa da aparência?

Outra questão verificada nas entrevistas é a dificuldade para utilizar o banheiro:

Banheiro...é a coisa mais difícil aqui em Juiz de Fora. Se eles pudessem, eles cortavam da gente entrar no banheiro até do supermercado... mas eles não sabem quem é morador de rua e quem não é... aí não tem jeito de cortar, né? Se você é morador de rua... às vezes dá vontade de você urinar, de você ir no banheiro... Olha a dificuldade: tem que ficar pedindo e a pessoa ainda negar. (E4)

Maslow (1954) realizou uma classificação hierárquica das necessidades humanas, partindo do princípio que todo ser humano tem necessidades comuns e que seu comportamento é motivado na direção da satisfação dessas necessidades. O autor define cinco patamares de necessidades, distribuídos em uma pirâmide: na base da pirâmide estão as necessidades fisiológicas, no próximo patamar encontram-se as de segurança, mais acima estão as sociais ou de amor, depois

aparecem as necessidades de estima e no alto da pirâmide estão as necessidades de auto realização.

Para Maslow (1954), a satisfação das necessidades acontece em escala: as necessidades do patamar mais baixo devem ser satisfeitas antes das necessidades do patamar mais elevado. Ou, seja, para que o topo da pirâmide seja alcançado, é preciso que todos os outros níveis tenham sido realizados.

Assim como alimentação, hidratação, respiração, sono e sexo, a excreção encontra-se na base da classificação hierárquica, como uma necessidade primordial. Promover o acesso ao banheiro é cuidar de uma necessidade básica, fisiológica de todo ser humano. Muitas vezes, por não ter banheiro disponível, a pessoa utiliza-se da rua. Para muito além da “degradação do espaço público”, está a violação da privacidade e o sentimento de degradação da própria condição de ser humano. A disponibilização de banheiros públicos é urgente e, além de envolver a assistência biológica, responde a questões intersetoriais, como as sociais, as de saúde e as de socialização do espaço público.

As mudanças climáticas também aparecem como percalços para a vivência na rua, como exemplifica o relato a seguir:

Na época do frio eu já passei frio. Estou passando agora, né? E quando chove? Como que a gente se esconde da chuva? Se tá chovendo no frio então... a gente fica todo molhado e a roupa parece mais fria ainda! (E7)

Em suas reflexões sobre a interferência das vulnerabilidades sociais e climáticas na saúde pública, Andrade e Lacerda (2007) destacam que quanto maior a vulnerabilidade social de uma população, mais ela estará desprovida de capacidade de adaptação às mudanças climáticas. Sem dúvidas, as mudanças climáticas afetam especialmente as populações de rua que, sem abrigo, necessitam de políticas de Estado para garantir sua segurança, mesmo que parcialmente.

As chuvas, os ventos, o calor intenso e o frio são fatores que geram sofrimento e precipitam problemas de saúde, como as doenças respiratórias, tão comuns às pessoas que vivenciam a situação de rua. O município do estudo possui uma variação climática atípica, com abruptas transformações no clima. Acredita-se que isso traga complicações maiores para as pessoas que vivenciam a situação de rua. Foi possível identificar tal fato pelos casos de pneumonias e tuberculose

referidos nas entrevistas. E8, E12, E14, E19 e E20 já vivenciaram diversos quadros de pneumonia. E8, E14 e E19 já tiveram tuberculose.

Os albergues podem constituir-se em equipamentos de proteção, entretanto são disponibilizados no município da pesquisa apenas dois destes equipamentos: um com capacidade para receber cem homens por noite e o outro com capacidade para receber cinquenta mulheres por noite, ou seja, 17% do total da população em situação de rua do município, conforme estimado pelo diagnóstico desenvolvido pela Secretaria de Desenvolvimento Social (JUIZ DE FORA, 2016). A constatação dessa insuficiência torna-se mais aguda quando se considera que a PNPSR (2009) define que os serviços de acolhimento temporário devem atender às necessidades de cada município, considerando os dados das pesquisas de contagem da população em situação de rua.

Uma questão importante a ser destacada é que, apesar do número de vagas nos albergues ser insuficiente para atender a maioria das pessoas em situação de rua do município, o número de usuários por noite ainda é menor que sua capacidade de acolhimento. Foi verificado que no albergue masculino são acolhidos, aproximadamente, oitenta homens por noite. Já no albergue feminino, são acolhidas entre oito e dez mulheres por noite, um número bem menor que a sua capacidade. Cabe então refletir sobre os fatores que interferem na busca destes equipamentos. Foi possível identificar nas entrevistas os relatos que apontavam para a falta de liberdade e a necessidade de seguir regras institucionais que não consideram as singularidades:

Olha... aqui eu não tenho liberdade. Aqui é bom pra dormir... mas por exemplo: eu quero ir em uma festa junina... há quantos anos que eu não vejo isso. Pra ver, eu tenho que dormir na rua, igual no meu passado. Como eu já estou mais velho e a rua é muito perigosa, eu não quero dormir na rua mais. Aí é isso. Não tem essa liberdade. Essa é a vidinha que eu vou tocando. (E10)

A gente consegue comida, banho, proteção dentro do albergue. Só que quando você está dentro do albergue, tem regras e as pessoas não querem seguir regras... elas querem ter liberdade, afinal... albergue não é prisão. (E16)

Para ampliar e qualificar o acesso à essas instituições, garantido que, pelo menos, atendam um número de pessoas condizente com sua capacidade de acolhimento, é importante viabilizar estratégias de promoção de socialização dos

usuários dos serviços de acolhimento temporário e também promover mecanismos de gestão participativa, com reuniões entre a coordenação e os usuários ou seus representantes, possibilitando um espaço democrático para a discussão das suas demandas.

Outra situação muito presente nos relatos dos entrevistados é a vivência da desigualdade e do preconceito que provocam a exclusão do convívio social:

Mas a pior dificuldade mesmo é o preconceito. A gente sabe que as pessoas olham para gente como se a gente fosse lixo, como se a gente quisesse estar nessa situação ou como se fosse um castigo. Eu me pergunto: se é castigo, é castigo de quem? De Deus? Eu nunca vi Deus. Ninguém nunca viu Deus. Será que os erros que a gente cometeu na vida precisam de um castigo tão grande assim?. Isso pode dar até depressão. Tem um monte de gente que mora na rua que tem essa depressão. (E1)

Para Rodrigues (2016), o preconceito e a discriminação estão relacionados com os diversos mitos que circundam a pessoa em situação de rua, pois há uma ideia geral de que essas pessoas são perigosas, vagabundas, drogadas. Estas visões, segundo o autor, servem apenas para fortalecer o cenário de exclusão social. Além disso, geram consequências na autoestima dessas pessoas que, tratadas como um incômodo, atingidas por olhares que denunciam o medo ou até mesmo sendo invisibilizadas, desenvolvem sentimentos de não pertencimento social, o que pode desestimular a esperança por uma vida melhor.

Varanda e Adorno (2004) sugerem que a população em situação de rua é vista como “descartáveis urbanos”, e é justamente assim que E1 se sente quando relata que é tratado como um lixo, ou seja, como um objeto descartado. Ele apresenta a necessidade de ser visto como um igual, que se encontra em situação de rua não por castigo divino, mas pela relação entre os fatores históricos, sociais e psíquicos que constituíram sua vida e também as conjunturas políticas que constituíram o cenário social em que vive.

A PNPSR (2009) determina o desenvolvimento de ações educativas que contribuam para a formação da cultura do respeito, da ética e da solidariedade, de modo a resguardar a observância aos direitos humanos. A sensibilização da sociedade para as dificuldades que a população em situação de rua enfrenta todos os dias, ajudaria a desmistificar várias questões que estão relacionadas ao preconceito. Muitas vezes, os meios de comunicação social, que poderiam contribuir, nesse sentido, para a sensibilização da sociedade, acabam fortalecendo o

preconceito, associando a imagem das pessoas que estão nas ruas com a degradação do espaço público e com a violência. Sensibilizar é uma atividade que requer insistência e comprometimento do poder público e de todos os setores sociais.

Outro aspecto apontado é a vulnerabilidade à violência, que, além de produzir ansiedade, tem efeitos concretos que ameaçam a própria vida.

Mais é o marginalismo, que causa a violência, né? Porque às vezes a pessoa é mais fraca de espírito, então ele pratica certas coisas que não deve... aí atrapalha os outros. Dá medo de viver na rua e sofrer violência. (E4)

Na fala de E4, chama a atenção o uso da palavra “marginalismo”. Segundo Ferreira (2004), no *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*, marginal é aquele que vive à margem da sociedade, o excluído. E4, que se encontra em situação de marginalidade, refere-se à palavra “marginalismo” como delinquência. É comum a associação das pessoas em situação de rua às práticas de violência, o que muitas vezes invisibiliza a violência sofrida cotidianamente por esta população. É preciso mais uma vez ressaltar que estar em situação de rua é uma vivência de violência.

Nas ruas, a violência aparece de diversas formas: psíquica, que se expressa pelo preconceito; social, que acontece por meio do isolamento; e física, que proporciona risco à vida dos indivíduos. Além da violência entre pares, há também a violência por parte da polícia, que acentua o sentimento de ausência de proteção por parte do Estado.

Uma vez também eu levei uma paulada da polícia e fui para lá [para o HPS]... e eu não fiz nada com a polícia. Só estava com minha cachaça... Apanhei muito mesmo. Fiquei com sangue pisado no braço porque eu fui me defender do cassetete... achei que estava quebrado, mas não. (E2)

Arbex (2015) denuncia a violência policial contra a população em situação de rua do município desta pesquisa. Dentre os casos estão agressões físicas, verbais, atos de tortura, queima de pertences, de documentos e de dinheiro. Chamam a atenção as ameaças de atear fogo no corpo da pessoa em situação de rua, as agressões físicas por parte de policiais, como tapas, socos e pauladas, o confisco do material de trabalho e de outros pertences, realizado pela própria prefeitura. Estes foram alguns dos casos denunciados pelos cidadãos de rua, mas muitos são os não

denunciados, por causa do medo de que suas histórias sejam desacreditadas e também por medo de retaliação por parte do agressor.

Todas as mulheres entrevistadas revelaram o medo de sofrerem violência sexual, sendo que E15, E16, E18 e E19 já foram vítimas de estupro:

Então dificuldade é o medo de ser vítima, de ser mais um corpo encontrado no rio Paraibuna ou estribuchado na calçada. E a gente que é mulher tem que ter mais medo porque pode ter violência por causa de sexo também. (E17)

Aqui na rua eu também fui abusada. Nem lembro a cara do homem. Não quero lembrar. Só lembro que era nojento. E foi assim que meu último filho veio pro mundo. (E15)

Em sua pesquisa sobre a violência vivenciada por mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Rosa e Brêtas (2015) perceberam que ao serem questionadas sobre as violências vivenciadas nas ruas ou fora delas, quase sempre as mulheres relataram violência física e/ou sexual. Junto a esses relatos apareceram situações de violências psicológicas, verbais e negligências sofridas. Os autores também encontraram situações de violência sexual que ocorreram em período anterior à vivência nas ruas, como é observado também na presente pesquisa: E15, E16 e E17 foram violentadas em casa.

Sofri muito abuso, viu? Primeiro foi dentro de casa com o marido. Tenho nove filhos e oito são do mesmo pai. A gente se juntou novo... por amor. Mas logo ele se envolveu com drogas, começou a me bater, forçar relação... sexual, né? (E15)

Acabei conhecendo as drogas por causa de um fim de relacionamento e estou assim... na rua e no vício. Eu apanhava dele todo dia, mas tinha medo de deixar. Aí ele é que me deixou. Mas eu vim para rua é mesmo por causa das drogas. (E17)

Rosa e Brêtas (2015) fazem uma reflexão, sob a óptica do gênero, sobre as diferenças existentes nas violências que provocam o movimento de inserção na rua. Os autores apontam que a rua para os homens é o resultado de situações de ruptura por desgaste das relações. Já para algumas mulheres, a rua se apresenta como a saída para as condições de violência sofridas no convívio doméstico. Por vezes, entretanto, essa violência se mantém na rua, fato também observado na presente pesquisa:

Mas logo ele se envolveu com drogas, começou a me bater, forçar relação... sexual, né? E depois de muito apanhar, decidi sair de casa. E aí foi aquilo que eu te contei... de achar um apartamento vazio, invadir... isso você já sabe. Aqui na rua eu também fui abusada. Nem lembro a cara do homem. Não quero lembrar. Só lembro que era nojento. (E15)

As violências sofridas pelas mulheres não podem ser vistas como fruto de fragilidade. Na verdade, estão intimamente ligadas a um modelo patriarcal de sociedade que coloca a mulher como um objeto, inferiorizando-a. Barreto (2014) ressalta que o patriarcalismo é uma estrutura caracterizada por uma organização social que possibilita que o homem tenha status de autoridade sobre as mulheres e filhos. Tal organização permeia toda a sociedade, inclusive as relações de produção e consumo e as estruturas políticas. A violência contra a mulher e a aquiescência da sociedade relacionam-se, portanto, com relações hierárquicas de poder entre homens e mulheres, instituídas a partir dessa organização.

No relato de E16 observa-se o medo de ser vítima de uma violência que parte do poder relacionado ao *status* social:

As pessoas gostam muito de bater na gente. Sai empurrando, chutando. E tem aquele medo de ser morta, de ser linchada, assassinada... estuprada. E isso não é medo só das outras pessoas que moram na rua. O medo é principalmente de quem não mora na rua. Às vezes um doutor faz isso. Aí não tem como falar pra polícia... porque eles acham que a culpa é da gente mesmo. E até a polícia usa da sua autoridade pra bater. Aí é muito perigoso. Eu sei que às vezes dentro da casa da gente a violência acontece... igual eu apanhava dentro de casa. Imagina na rua! (E16)

No município da pesquisa existe uma Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher, que funciona na Casa da Mulher, um espaço interdisciplinar de acolhimento às mulheres vítimas de violência. Entretanto, a entrevistada também revela, no trecho anteriormente citado, não sentir a proteção do Estado na imagem da polícia, que muitas vezes usa de sua autoridade para dar descrédito às denúncias de violências sofridas, culpabilizando as vítimas.

Meneghel et al. (2011) observam que o setor policial tem sido considerado negligente quanto à proteção de mulheres agredidas, e as Delegacias da Mulher, que deveriam ser serviços especializados e capacitados para o atendimento das vítimas, ainda sofrem críticas em suas ações, mantendo a escuta centralizada apenas na queixa e a culpabilizando as vítimas. Além disso, ressaltam que as mulheres não se sentem devidamente entendidas, protegidas e amparadas. Assim,

a decisão de romper o silêncio e denunciar as situações de violência torna-se um movimento árduo.

As mesmas autoras ainda apontam que, mesmo com limitações, a família e os amigos podem oferecer um espaço de proteção às vítimas, constituindo, junto com outros serviços comunitários, um importante papel de suporte para que haja resistência às violências (MENEGHEL et al., 2011). Entretanto, as mulheres em situação de rua mantêm, em sua maioria, os vínculos familiares rompidos ou fragilizados e não demonstram confiança na proteção do Estado, vivenciando uma situação de total desamparo. Para transformar essa situação grave e nociva, espera-se do poder público ações de escuta, acolhimento e resolutividade, aproximando-se das mulheres que estão na rua, através da articulação intersetorial de serviços como a Casa da Mulher, o Consultório na Rua, os Centros POP e os albergues.

Conforme os entrevistados, o trabalho realizado nas ruas é outro ponto de tensão. Apesar do entendimento de que o trabalho é uma das ferramentas que possibilita a aquisição de vários recursos que determinam a saúde, como alimentação, lazer e transporte, é necessário refletir sobre a alienação que também provoca. Como indicado no capítulo anterior, Marx (1996) aponta que no capitalismo a própria força de trabalho é transformada em mercadoria e o trabalhador aliena-se em seu trabalho e sente-se ameaçado por ele, ao invés de sentir-se realizado.

Quando o trabalho é informal, acrescenta-se a este quadro a privação de direitos: não há férias, não há direito a licenças, a carga horária é extensa e trabalha-se em condições precárias. Tudo isso causam significativos impactos na saúde. E4, que é artesão, carrega em um carrinho de madeira, improvisado, as peças que produz e também o material necessário para sua produção:

Para mim dificuldade é carregar um carrinho o dia inteiro... porque eu carrego as coisas em um carrinho, né? Pra cima e pra baixo, no sol e na chuva... o dia inteiro. A dificuldade é só isso (E4).

E4 possui 65 anos, já tentou se aposentar, mas nunca contribuiu para a previdência social. O trabalho informal muitas vezes é insalubre, com cargas de trabalho exaustivas e sem reconhecimento da sociedade.

Além do trabalho informal que exige mobilidade, no município da pesquisa a pessoa em situação de rua sai do albergue às 6:00h e às 09:00h tem que buscar seu ticket alimentação no Centro POP para entrar no Restaurante Popular. Mas, um

ponto que merece a atenção, é que o Centro POP fica próximo ao albergue, mas o tempo de caminhada até o Restaurante Popular é de aproximadamente meia hora, e, como a pessoa em situação de rua realiza esse trajeto várias vezes ao dia, já que precisa retornar ao albergue, essa distância torna-se significativa, e a caminhada é realizada, muitas vezes, com os pés no chão.

Devido a essas condições, Rodrigues e Callero (2015) afirmam que as feridas nos pés estão dentre os problemas de saúde mais relevantes para as pessoas de rua. Muitas delas se locomovem bastante pelas cidades sem proteção nos pés, e com calor do asfalto gerando queimaduras, cortes e feridas. Ao mesmo tempo, quando os pés se machucam, a locomoção torna-se prejudicada, atrapalhando até mesmo as atividades de trabalho que demandam caminhadas.

Há também as dificuldades relacionadas ao espaço físico, como não ter onde ficar durante o dia:

Dormir no albergue ainda é bom, mas a gente tem que sair bem cedo, aí tem que ficar perambulando pela rua. A gente fica andando na rua por aí, já que não tem outro lugar para ficar. (E9)

A necessidade que a população em situação de rua tem de perambular pelo espaço urbano é identificada por Adorno (2011) como uma tática para sobreviver ou para enfrentar o cotidiano. Nesse sentido, movimentar-se pela cidade seria uma tentativa de conseguir proteção, alimentos, roupas e outros pertences. A aglomeração das pessoas em situação de rua em determinados espaços públicos acontece justamente pela tentativa de encontrar um local seguro para passar o dia e pernoitar à noite, já o medo de vivenciar a violência é constante.

Observa-se no município de Juiz de Fora um crescente número de aglomerações em frente a locais com câmeras de segurança, como instituições financeiras. Tais aglomerações são reflexo da necessidade de proteção. As câmeras de segurança dão a sensação de que há sempre alguém vigiando e, se algo acontecer, essas pessoas estarão amparadas pelas imagens registradas. Além disso, aglomerar-se significa não estar sozinho, significa contar com a proteção dos pares.

Uma outra adversidade relatada é a angústia por estar em situação de rua ao mesmo tempo em que vivem com determinadas doenças que são prejudicadas pelo

imaginário social. E3, por exemplo, é epiléptico e relata que, por já ter sofrido com a omissão de socorros, tem muito medo de passar mal na rua:

Quando eu passo mal na rua, ninguém ajuda, não. Já tive crise [de epilepsia]... quando eu dei por mim... tava no mesmo lugar. Fico com muito medo disso. Ninguém chama nem a ambulância (E3).

É importante refletir que em situações como a que E3 relatou, o preconceito torna-se evidente, já que muitas pessoas ao verem um cidadão em situação de rua passar mal, associam este fato ao consumo de bebidas alcoólicas ou outras drogas. Além do preconceito em relação à pessoa de rua, inclui-se o preconceito com o uso abusivo de álcool e/ou outras drogas. Toda e qualquer crise de saúde deveria ser socorrida, independente do motivo ou da pessoa que está vivenciando.

Muitas foram as dificuldades relativas à vivência nas ruas narradas pelos participantes desta pesquisa. Considerando a saúde como multideterminada, percebe-se que, nesses casos, ela sofre interferência direta da realidade crua que a rua oferece àqueles que dela fazem seu abrigo. Só é possível que o acesso à saúde seja contemplado de maneira efetiva, se as dificuldades aqui apresentadas, dentre outras, forem acompanhadas pelo poder público, com intervenção intersetorial, através do fortalecimento e da criação de equipamentos e de mecanismos que provoquem a transformação do cenário verificado nesta pesquisa.

8.4 O acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde: acolhimento e dificuldades enfrentadas

Os serviços de saúde são procurados pelos entrevistados, na maioria das vezes, a partir de circunstâncias que interferem no dia a dia da vivência nas ruas, como doenças ou agravos que impossibilitam ou reduzem a mobilidade e outras ações para a sobrevivência.

As falas de alguns dos participantes ilustram problemas como: dores na coluna (E1, E7 e E10), problemas nas pernas (E1), alteração na visão (E4 e E14) e problemas dentários (E2 e E13).

(...) aí você chegou num ponto da história que é uma peleja. Eu tenho uma doença dessas que passa de pai para filho. É um negócio de má circulação e minha perna às vezes fica do tamanho de um poste. Por causa disso

também deu uma ferida na minha perna que nunca melhora. Tá aqui aberta. Eu sempre tenho que fazer curativo (mostrou o curativo na perna). Por causa disso eu sempre tenho que procurar o médico. Além do meu problema na perna, também tenho um problema na coluna. (E1)

Eu operei o olho [por catarata]... eu fiquei sete anos lá [fila para cirurgia eletiva]. Inclusive agora vai ficar ruim para o pessoal... porque o que aconteceu lá não dá para entender... eu ficar sete anos para operar uma vista. (E4)

Uma necessidade que eu estou passando é essa aqui [colocou a mão na boca]: esse negócio dos dentes. É difícil para comer, é difícil até para falar. (E13)

As informações corroboram com o que Rosa, Cavicchioli e Brêtas (2005) perceberam em sua pesquisa. Segundo os autores, os serviços de saúde são procurados por essa população, principalmente, quando existe comprometimento da vida na rua, do trabalho, que impedem a locomoção, como fraturas e lesões nas pernas.

Vivenciar a situação de rua depende, muitas vezes, de funções orgânicas básicas, como mobilidade e visão. Conseguir deslocar-se de um ponto a outro da cidade e enxergar bem o que acontece ao redor são fatores essenciais para facilitar o dia a dia nas ruas. Dores na coluna, úlceras nas pernas e nos pés, como mencionadas por E1, podem atrapalhar a locomoção. A baixa visão, revelada por E4, pode atrapalhar no seu trabalho, já que é artesão, e também na sua segurança. Já os problemas dentários, relatados por E13, interferem na alimentação, no convívio social e na procura por emprego.

A questão da alimentação deve ser vista com cuidado, já que muitas pessoas em situação de rua alimentam-se daquilo que está à sua disposição. Os próprios equipamentos sociais do município devem estar atentos para esta questão ao prepararem o cardápio do jantar para os albergues e das refeições no Restaurante Popular. O alimento de difícil mastigação, por exemplo, dificulta a alimentação daqueles que apresentam problemas odontológicos. Portanto, o acesso aos serviços de saúde bucal deve ser incorporado no desenvolvimento das atividades de saúde para esta população. Verificou-se que este tipo de serviço acontece muitas vezes em situações de urgência e emergência, sem visar o tratamento, realizando-se a extração dos dentes, o que não soluciona a demanda desse grupo.

Associadas às vulnerabilidades, as doenças respiratórias, como já foi apontado na seção anterior, aparecem nas falas de muitos entrevistados:

Estava com muita febre e o corpo doendo. Era pneumonia. Mas graças a Deus eu estou melhorando. (E12)

Todo ano me dá pneumonia. Além disso eu estou com tuberculose hoje em dia. (E19)

Segundo Chiesa, Westphal e Akerman (2008), as doenças respiratórias podem ser agravadas devido às iniquidades resultantes da inserção desigual dos indivíduos na sociedade. Figueroa-Munoz e Ramon-Pardo (2008) apontam que além de um aumento de risco para a incidência da tuberculose, a situação de rua representa também um aumento de desfechos negativos da doença.

As iniquidades vivenciadas pelas pessoas em situação de rua provocam a falta de proteção do corpo às variações climáticas, principalmente ao frio. Não ter roupas adequadas para enfrentar as baixas temperaturas, a dificuldade para manter as roupas secas e limpas, dormir no chão, enfrentar chuvas e ventos relacionam-se com o risco das doenças respiratórias, como a pneumonia e, por extensão, a tuberculose.

Figueroa-Munoz e Ramon-Pardo (2008) ressaltam que o tratamento da tuberculose para as pessoas em situação de rua é um desafio quando comparado ao tratamento da população em geral. Isso porque verifica-se uma baixa adesão ao tratamento, além das complicações provocadas pela má nutrição e comorbidades.

É importante considerar que alguns serviços ainda têm dificuldades para encaminhar de forma efetiva determinados casos, como revela E8:

eu estava era com suspeita de tuberculose. Falaram pra eu ir para a casa me tratar. Me deram a receita e eu peguei os medicamentos. Pra casa? Vê se pode? Eu falei com a doutora que meu caso até podia não ser grave, não ser tuberculose... mas se eu voltasse pra rua, iria agravar. Época de frio, né? Fora que como eu não tinha jeito de guardar os remédios, eu poderia até perder. Já perdi! E foi dito e feito! Eu piorei. (E8)

Embora E8 tenha informado à profissional de saúde sobre a particularidade de seu contexto, sendo explícito em relação ao fato de que muito provavelmente não teria condições de realizar o tratamento de maneira adequada, por estar vivenciando a situação de rua, o encaminhamento do tratamento não parece ter considerado seu posicionamento, sua demanda.

Alguns participantes da pesquisa relataram doenças crônicas, como a epilepsia (E2, E3 e E9), a infecção por HIV/AIDS (E6, E8 e E18), a hipertensão (E4) e a anemia falciforme (E19). Porém, apesar de conhecerem suas condições crônicas, não fazem o acompanhamento ou iniciaram o acompanhamento e não deram prosseguimento:

Eu tenho problema de epilepsia... aí de vez em quando eu passo mal. Já tive muita crise. (E9)

Nesse tempo que eu estou na rua eu pego é muita gripe mesmo. Mas é só isso. Olha... eu vou te falar a verdade. Eu também tenho aquele negócio. Aquela doença... é... HIV, né? (E6)

Aí sobre a hipertensão eu queria falar que a gente não é acompanhado pelo médico. Não tem acompanhamento. Já me falaram que essa doença tem que ter consulta sempre... para saber como é que está... porque tem um monte de outra doença que está associada a essa aí. (E4)

Eu também já fui no médico do Morro da Glória, onde era o Palácio da Saúde, para cuidar dessa minha doença que eu já falei [infecção por HIV]. Eu estava até tomando o remédio, mas aí eu parei de tomar o remédio também. (E6)

Para anemia falciforme eu não faço o tratamento direito e também não procuro o serviço de saúde por causa disso, não. (E19)

Campos (2016) observa que quanto maior a vulnerabilidade nos setores social, educacional e do trabalho, maior a prevalência de doenças crônicas. Nesse sentido, pode-se inferir que a população em situação de rua, devido aos diversos aspectos de vulnerabilidade que sofre, está sujeita a uma alta prevalência de doenças crônicas. Entretanto, a procura pelos serviços de saúde ocorre em sua maioria devido à agudização de tais doenças e/ou comorbidades que prejudicam a vivência na rua, e não para o seu acompanhamento. Os entrevistados procuraram pelos serviços de saúde, na maioria das vezes, por causa das doenças oportunistas, no caso da AIDS, e pelas crises epiléticas, manifestando dificuldades para manter o acompanhamento de tais doenças.

Campos e Souza (2014) perceberam que muitas são as dificuldades para manter o acompanhamento de doenças crônicas. Dentre elas estão: a forma de organização dos serviços de saúde, as filas e a demora para agendar as consultas. Além disso, as autoras também fazem a reflexão de que as pessoas que estão na rua possuem outras prioridades que não a saúde, como a preocupação com o local para dormir e dificuldades para obter alimentação.

Outra condição crônica que se destaca é o uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas. Ela é relatada por E2, E5, E8, E13, E14, E17, E18 e E20. Foram mencionados também casos de pancreatite e complicações no fígado (E11 e E12), doenças relacionadas ao uso prejudicial de álcool:

Olha... eu sou dependente químico. No CAPS eles tão me ensinando isso. Eu nunca imaginei que ia parar... mas eu vejo gente que conseguiu... então é possível. Vou falar com você que crack tem muito tempo que eu não pego mais não. Mas um baseado não tem jeito... eu não aguento, não. Eu tenho que fumar. (E2)

Eu faço meu checkup todo ano. Na verdade eu andei bebendo bastante e isso afetou meu pâncreas e meu fígado. Por isso que eu procuro o checkup. Mas faz parte. (E11)

Mota, Ronzani e Moura (2016) observam que há na sociedade uma concepção moral sobre o uso de álcool e outras drogas que estigmatiza, exclui e promove diversos preconceitos em relação aos usuários de substâncias psicoativas. Muitos serviços de saúde compartilham desta concepção. Os autores ressaltam que apesar das pessoas em situação de rua serem vistas como desprovidas de recursos internos e externos para lidar com a dependência, existe uma abertura para tentarem sair das ruas e lidarem com o uso de drogas.

Para tanto, é imprescindível a oferta de acompanhamento através de uma rede integrada com o Consultório na Rua, que se aproxime da população de rua, capacitada para promover um atendimento sem discriminação, associado às práticas educativas e também de redução de danos, que leve em conta as singularidades deste grupo que não possui uma rede familiar de suporte e que vivencia inúmeras vulnerabilidades. É um grupo que já é vítima de exclusão social, portanto, deseja-se que a exclusão não aconteça também na rede de atenção psicossocial. No município da pesquisa o trabalho desenvolvido pelo CAPS foi mencionado pelos participantes como importante e humanizado.

As ações de saúde voltadas para os usuários de substâncias psicoativas em situação de rua devem lidar com a complexidade desta população. Quando há necessidade do uso de medicamentos no tratamento, é necessário pensar sobre a interferência desse uso no cotidiano dessas pessoas. Diehl, Cordeiro e Laranjeira (2011) afirmam que a prescrição de medicamentos tem que levar em conta diversos aspectos, seja de associação medicamentosa, seja das complicações que o medicamento pode causar na vivência nas ruas. Alguns medicamentos podem gerar

rigidez muscular e dificuldade de deambulação. Outros provocam sonolência, aumentando a vulnerabilidade do indivíduo aos riscos do dia a dia nas ruas.

O relato de E3 demonstra seu dilema para escolher entre o uso do medicamento ou o uso de álcool e *crack*:

Assim... eu não posso beber, não posso usar crack, esses negócios assim... por causa mais do meu remédio. Entendeu? Aí eu já não sei se eu escuto eles [profissionais de saúde], se eles estão certos mesmo... ou se eu paro para pensar e vejo o que é melhor para mim. (E3)

Para E3, existe a dificuldade de parar com o uso do álcool e do *crack*, mas ao mesmo tempo, ele sabe que este uso não pode ser associado aos medicamentos que precisa tomar. Fica clara a necessidade de articulação entre os serviços de saúde, possibilitando ações voltadas para o tratamento ou redução de danos e acompanhamento das pessoas usuárias de álcool e/ou outras drogas, e que também contribuam com a vivência nas ruas, como expressaram Diehl, Cordeiro e Laranjeira (2011) em seus estudos.

É necessário compreender que o indivíduo é maior que a enfermidade que se apresenta para a equipe de saúde no momento da consulta. Suas vivências interferem nos mais diversos aspectos da saúde e também sofrem interferência da maneira como o indivíduo acessou e foi acolhido nos serviços de saúde.

Os serviços de saúde geralmente deixam de ser procurados em situações consideradas pelos participantes da pesquisa como banalidades ou ocorrências pequenas, como dores de cabeça (E1 e E3), tontura (E1), zumbido nos ouvidos (E1), dores nas costas (E10, E15) e tosse (E10, E13):

Outra coisa que também sempre dá é dor de cabeça, zumbido no ouvido, tonteira... Às vezes eu acho que vou desmaiar. Já me disseram que pode ser falta de água ou falta de comida. Nesse calor... O calor tá de matar. Não é fácil. Se a gente não come e não bebe água fica complicado...mas, também não tem como procurar o médico só por causa disso. (E1)

Olha... eu não procuro por bobeira, não. Mas teve uma vez quase procurei por causa de uma dor aqui... nas costas. Eu acho que é isso mesmo. Mas aí eu desisti. Me disseram que podia ser rins. (E10)

Olha...nesse tempo que eu estou na rua, graças a Deus nunca precisei, não. É o que eu disse... eu não vou procurar serviço de saúde por causa de uma tosse. Isso é bobeira. Ainda mais a gente que pega friagem toda hora... fica gripado e tossindo mesmo. Isso é normal. (E13)

O pensamento de que determinadas dores ou sensações físicas não merecem preocupação a ponto de gerar o movimento de procura pelos serviços de saúde é compartilhado por vários grupos populacionais, incluindo o de pessoas que estão em situação de rua. É a vivência de um senso comum, um juízo desprovido de reflexão, porém experimentado por toda uma comunidade, como aponta Minayo (2014).

Como as pessoas em situação de rua enfrentam algumas barreiras para acessar os serviços de saúde, como já foi discutido anteriormente, estes serviços são procurados em último caso, quando a necessidade de saúde ultrapassa os limites da dor ou interfere diretamente na sobrevivência.

Muitas vezes, dores de cabeça, fraqueza e dores no corpo, que são considerados motivos banais para a procura dos serviços de saúde, podem refletir a manifestação ou complicações de outras doenças, como doenças crônicas, que necessitam de acompanhamento. Além disso, o medo de acessar os serviços de saúde por tais motivos e receber más notícias, também interfere na sua busca (CAMPBELL et al., 2015).

As dificuldades relatadas pelos entrevistados para lidar com as doenças crônicas podem apontar para uma fragilidade da Atenção Básica (AB), já esta que possui um papel essencial na prevenção de doenças crônicas, no seu tratamento e acompanhamento. Torna-se importante então verificar quais são os serviços de saúde mais procurados pela população estudada. A AB encontra-se entre eles? Como ocorre este acesso?

A partir da leitura do Quadro das Sínteses Horizontal e Vertical das Entrevistas (APÊNDICE C), desenhou-se os caminhos percorridos por cada um dos entrevistados quando está com alguma necessidade de saúde (APÊNDICE D ao APÊNDICE X).

De modo geral, os serviços mais procurados são os de urgência e emergência: o Hospital de Pronto Socorro (HPS) de Juiz de Fora e Unidade de Pronto-Atendimento da Regional Leste de Saúde (UPA Leste).

Um dia eu desmaiei na rua e não era a primeira vez. Eu vivia com mal-estar, um calorão, enjoo... Eu resisti, mas fui na Regional Leste. (E15) (APÊNDICE R)

Eu já parei muito no HPS por causa das drogas... fui de SAMU, né? Já procurei a Regional por causa da pressão alta. (E17) (APÊNDICE T)

Procuro a saúde quando estou com crise (de epilepsia). Mas aí não sou eu que procuro. Quem está do meu lado é que procura pra mim. Chamam o SAMU e eu vou. (E3) (APÊNDICE F)

Agora... no HPS eu apareço lá de vez em quando desmaiado por causa da bebedeira mesmo. É que a gente bebe cachaça, mas tá de estômago vazio e não aguenta, desmaia. Aí o SAMU leva. (E14) (APÊNDICE Q)

Aguiar e Iriart (2012) reconhecem em seu estudo a mesma situação: os serviços de urgência e emergência foram os mais procurados. Pode-se verificar essa circunstância na presente pesquisa por meio do Apêndice Z, que foi elaborado a partir dos relatos dos participantes, indicando os principais serviços acessados quando apresentam alguma necessidade de saúde.

Como são as situações de urgência e emergência que mais levam os entrevistados a buscarem pelos serviços de saúde, é possível compreender a procura pelo HPS e pela UPA. O HPS é o destino do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), recurso utilizado pelas pessoas entrevistadas, como pôde ser observado nos relatos anteriormente apresentados. Já a UPA funciona todos os dias da semana, ininterruptamente, com estrutura física e profissional para resolver grande parte das urgências e emergências, como pressão e febre alta, fraturas, cortes, infarto e derrame. Além da UPA Leste, há no município três outras UPA: Santa Luzia, São Pedro e Benfica. Dentre as UPA, a Leste é a mais acessada pela população do estudo pois se localiza em uma área central do município, próxima aos locais de maior concentração das pessoas em situação de rua. Fica evidente que o acesso acontece porque os entrevistados são levados a estes serviços de saúde, na maioria das vezes, com quadros de rebaixamento da consciência, quando estão com determinados quadros de crise. Sem dúvidas, o acesso à AB poderia oferecer a prevenção de tais quadros.

O acesso aos outros serviços de saúde, como CAPS, e outros atendimentos especializados acontece mais facilmente quando há a intervenção do Centro POP, do Consultório na Rua ou do albergue, que são equipamentos com equipe capacitada para atender essa população. A maioria dos entrevistados, quando passa por alguma necessidade de saúde, procura em primeiro lugar estes equipamentos:

Quando eu tenho um problema de saúde... ou eu venho no albergue ou no POP. Eu já venho neles para não ter problema. É o que eu acabei de comentar... se você vai sozinho no hospital, dá sempre problema... sempre!

E com eles levando... pode até atender frio, demorar, fazer alguma sacanagem... mas de qualquer jeito tem que atender, né? Tem que dar pelo menos a receita do remédio que você precisa. Agora... você sozinho... falam que você não tem nada... ou falam que não tem médico para te atender... aí você vai fazer o quê? Você fica esperando duas, três horas e perdeu o seu tempo! E a pessoa doente, sentindo alguma coisa, tem que ter atendimento, né? (E4) (APÊNDICE G)

O entrevistado E3 é usuário do CAPS e afirma que procura o serviço mesmo para problemas que não envolvem atenção psicossocial (APÊNDICE F):

Serviço de Saúde? Olha... o negócio é o seguinte... ou eles vêm até nós, ou então eu peço para eles ligarem para o CAPS... porque eu faço tratamento no CAPS. Prefiro procurar o CAPS mesmo, porque lá eu sei que eles vão dar um jeito. O CAPS é a melhor coisa... tudo de bom... só eles mesmo. (E3)

Quando o funcionamento da rede de atenção à saúde ocorre de maneira adequada, todos os níveis de atenção são utilizados de acordo com o que cada caso requer. A AB deveria ser um serviço de referência, mas o estudo aponta que ela possui fragilidades na atenção à saúde da população em situação de rua. Apenas três dos entrevistados mencionaram já terem sido atendidos pelo serviço de atenção básica (E7 e E19) (APÊNDICE J e V, respectivamente). O acesso sempre ocorre com mediação da assistente social do albergue ou do Consultório na Rua:

Eu procuro a assistente social do albergue. Aí sim! Ela costuma ajudar muito. Marca consulta pra mim lá no postinho na Vila Ideal. (E7)

Pra mim... tudo que eu tenho eu procuro o Consultório na Rua. Primeiro eles me levaram pro postinho da Vila Ideal... por causa da pneumonia e da tuberculose. (E19)

A consequência do bom funcionamento da AB é também o bom funcionamento da rede. O Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS) implantado em 2014 no município, tem como objetivo a melhoraria dos processos da AB e sua normalização à luz da gestão do cuidado, qualificando os profissionais de todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município (JUIZ DE FORA, 2014). O momento é propício para incluir nos cuidados da AB a população em situação de rua.

Apenas uma UBS é responsável por atender as pessoas em situação de rua do município, independente de área de abrangência, disponibilizando duas vagas semanais para seu atendimento. Entretanto, é uma unidade distante da área de

concentração deste grupo, o que, geograficamente, dificulta o seu acesso. Além disso, duas vagas semanais podem ser insuficientes, sobretudo quando se considera os casos de doenças crônicas, que necessitam de acompanhamento, além das condições de saúde que se agravam com a permanência nas ruas. A insuficiência de vagas é abordada no relato de E15 (APÊNDICE R):

Eu sei que quando as pessoas precisam de alguma coisa, o pessoal da saúde que passa aqui em frente de carro consegue vaga. Mas eu sei também que demora muito. Já ouvi dizer que no posto de saúde são só duas vagas por semana para gente. (E15)

Outra importante questão é que existem pessoas vivendo em situação de rua em diversos bairros do município, que não são centrais e não recebem as visitas do Consultório na Rua. Sendo assim, todas as UBS deveriam apresentar disponibilidade e capacitação dos profissionais para acolher essas pessoas, assegurando acesso amplo aos serviços, conforme preconiza o SUS e a PNPSR (2009).

Algumas dificuldades de acesso aos serviços de saúde decorrem justamente da atual estruturação do serviço de AB para a população em situação de rua do município. Disponibilizar apenas duas vagas semanais em uma única UBS para uma população exposta a diversas vulnerabilidades, prejudica a possibilidade de ações de prevenção e de promoção, uma vez que até mesmo o atendimento para o tratamento e acompanhamento de doenças tem se mostrado ineficaz, conforme os relatos dos participantes da pesquisa.

Em uma das entrevistas realizadas, uma mulher expressa sua vontade de realizar o exame ginecológico preventivo. E17, entretanto, não sabe qual serviço de saúde procurar e aponta a dificuldade para conseguir vaga na AB:

Às vezes eu tenho vontade de fazer um preventivo... essas coisas. Mas eu não sei direito como fazer. Eu acho que é só chegar no HPS, na Regional Leste e pedir ou será que tem que ir no postinho? Aí é mais difícil conseguir vaga. (E17)

Sem o acesso às UBS, os serviços de saúde são procurados apenas quando há o agravamento de doenças, muitas vezes em casos que exigem tratamentos de alta densidade e de alto custo para o município. Para a pessoa que está em situação de rua, além de ter que lidar com o estado de doença, terá que lidar também com o medo da morte, com o estresse, com a perda do controle do próprio corpo, e tudo

isso sem poder contar com uma rede de suporte afetivo que lhe ajude a enfrentar este momento delicado.

Dúvidas como as de E17, sobre qual serviço de saúde procurar, também aparecem nos relatos de outras pessoas entrevistadas:

É difícil para marcar consulta, para marcar retorno e assim... eles mandam eu caçar o posto do meu bairro. E qual que é o posto do meu bairro? Não tem, né? Porque eu estou na rua. (E16)

As pessoas que estão em situação de rua não sabem qual UBS acessar, e muitas vezes, encontram na rede profissionais de saúde que também não sabem responder à sua demanda. Sem capacitação e sem educação permanente, os profissionais de saúde não compreendem as particularidades da rede para o atendimento desta população, contribuindo para confusões e aumentando ainda mais a barreira existente para o acesso aos serviços.

Vale ressaltar que pela PNPSR (2009), o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde deve ser garantido às pessoas em situação de rua. A restrição de UBS e do número de atendimentos para este grupo populacional é desumana e caminha no sentido contrário à PNPSR.

Expandir o atendimento das pessoas em situação de rua para todas as unidades básicas de saúde é prioritário. De acordo com a *Política Nacional de Atenção Básica* (2012), é importante a vinculação do indivíduo a uma UBS para facilitar o desenvolvimento de sua conexão com os serviços de saúde, para favorecer o seu acompanhamento, e para possibilitar que o profissional de saúde conhecer a sua realidade. Estas ações são fundamentais para o desenvolvimento do cuidado integral. Muitas pessoas em situação de rua dormem em um mesmo bairro da cidade por muitos anos e poderiam estar vinculadas à UBS deste bairro. Por outro lado, também existem as pessoas que não permanecem em um mesmo lugar durante muito tempo, daí a necessidade em agir de forma flexível, permitindo também o acesso às pessoas em situação de rua que não são do território da UBS.

O serviço itinerante de Consultório na Rua já foi utilizado por E2, E6, E11, E14, E17, E18, E19 e E20, representados pelos Apêndices E, I, N, Q, T, U, V e X, respectivamente:

Tem também o Consultório de Rua que vem aqui na porta toda segunda e também é muito legal... o pessoal é muito gente boa. Muita gente legal que só incentiva mesmo. (E2)

Eu nem procuro médico, nem procuro nada. Eles do albergue, do Consultório que passa aqui em frente já arrumaram médico pra mim. (E6)

O Consultório na Rua, com a composição da equipe de acordo com a modalidade II, passa pelos albergues uma vez por semana, verificando as necessidades de saúde dos usuários e realizando encaminhamentos. Seu atendimento foi elogiado por todos os entrevistados que dele se utilizaram. Nesse sentido, é preciso pensar na possibilidade de ampliação do serviço, para alcançar mais pessoas em situação de rua e também na implantação da modalidade III, que poderia solucionar *in loco* muitas necessidades de saúde dessa população, já que esta modalidade possibilita a presença do profissional médico.

É importante destacar que os entrevistados construíram vínculos justamente com os serviços que tinham trabalhadores capacitados, como o Consultório na Rua. A necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento dessa população é premente. O município possui 63 UBS, quatro UPA e um HPS, entretanto mantém apenas uma UBS e a equipe de Consultório na Rua com profissionais qualificados para esses atendimentos. Tal fato reforça a exclusão e a marginalização, dificultando o acesso e o atendimento humanizado e qualificado para a resolutividade das necessidades do grupo estudado.

Em relação à forma com que são acolhidos e atendidos nos serviços de saúde, dos vinte entrevistados onze disseram que são bem atendidos ou tratados “normalmente” nos serviços de saúde. Entretanto, ao mesmo tempo que declaram serem bem atendidos, alguns revelaram experiências que apontam o contrário:

Já fui no HPS, na Regional Leste... principalmente quando dá convulsão. Aí eu fico no soro lá. Já fiquei uns quatro dias internado... acho que foi por aí. Isso mesmo. Me trataram bem lá... só que assim... o pessoal só olha a gente em determinado horário... não conversa... não tira dúvida... só olha mesmo. Parece que tem medo da gente. Às vezes a gente quer perguntar alguma coisa e nem consegue, eles mal olham na nossa cara. Mas eles me trataram muito bem. Isso deve ser porque eles têm muito trabalho. (E3)

Ainda sobre as experiências de atendimento, dez entrevistados revelaram situações em que sofreram preconceito:

Aí na hora que você chega lá no médico e abre a boca para falar que é morador de rua, aí... você vê que esfriou. Aí ele já não te atende direito,

manda você embora e pronto. Você percebe a diferença de atendimento na hora. Você percebe que o próprio médico esfriou. Geralmente um colega da rua comenta o que aconteceu com outro... de desrespeito no atendimento do médico... e a gente fica sabendo um monte de caso. (E4)

E quando a gente está mal arrumado, sujo, parece que o tratamento é diferente. A gente vai sendo deixado de lado... as pessoas só falam com a gente o que é extremamente necessário. (E20)

Farias et al. (2014) afirmam que são recorrentes os sentimentos de vivência de preconceito e discriminação nos serviços de saúde. A vivência de situações preconceituosas e segregadoras nos serviços de saúde demonstram que ainda há um caminho longo a ser percorrido para a implantação da PNPSR (2009). É preciso que sejam ampliadas as estratégias de desmistificação das questões que geram o preconceito. Nesse sentido, atividades de aproximação dos trabalhadores do setor público à população em situação de rua, através rodas de conversas e outros espaços de interação, por exemplo, podem produzir efeitos positivos.

Outra dificuldade que aparece é a necessidade de comprovação de residência para o atendimento nas UBS do município que não estão encarregadas de atender as pessoas em situação de rua. Seguindo a mesma lógica, essas pessoas encontram obstáculos também para conseguir medicamentos por falta da renovação da receita ou por falta de documentação.

Tem o pessoal de bairro nos postos de saúde, certo? Mas é difícil marcar porque fala que tem que comprovar que mora no bairro do posto... mas a gente mora na rua, né? Não tem como comprovar. (E2)

Para pegar medicamento é que é muita dor de cabeça. Precisa da receita e do documento, né? Aí com esse meu problema da epilepsia... às vezes eu acordo e num estou com o documento. Na rua também a gente perde... Às vezes quando eu estou na rua dá uns problema assim de perder documento. É dor de cabeça. (E4)

Rodrigues (2016) declara que a garantia de muitos direitos passa pelo “pressuposto burocrático” da posse de um domicílio. Isto é, exige a existência de um vínculo que a pessoa em situação de rua não possui, o que gera um distanciamento da condição de cidadania. O autor também aponta que as pessoas que estão na rua não possuem o direito à propriedade resguardado, já que seus pertences, incluindo documentos, são constantemente violados, inclusive pelo poder público, e isso acarreta na impossibilidade de apropriação de outros direitos.

A falta de documentação é um problema concreto que, muitas vezes, impede o acesso desse grupo aos serviços de saúde, assim como a dispensação de medicamentos de uso controlado, já que é preciso apresentar documento de identidade e comprovante de endereço para a confecção do Cartão SUS. Para resolver tal situação, a Portaria 940 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011c), regulamenta que o Sistema Cartão Nacional de Saúde dispense a comprovação de endereço domiciliar da população em situação de rua.

A Portaria surgiu justamente para simplificar o acesso deste grupo aos serviços de saúde, entretanto, por falta de divulgação e por desconhecimento dos profissionais de saúde, o acesso continua sendo negado. Quando não se consegue atendimento, também não é possível pegar medicamento, por falta de receita, assim, as necessidades de saúde dessa população não têm resolutividade e nem tratamento. Torna-se um ciclo, movimentado pela falta de comprometimento dos gestores com as políticas que foram instituídas para efetivar o acesso a um direito fundamental: o direito à saúde.

Carneiro Júnior et al. (1998), em pesquisa na cidade de São Paulo, encontraram diversas dificuldades para a assistência à saúde da população em situação de rua. Destacaram-se as dificuldades para ter acesso aos recursos terapêuticos, a inabilidade dos profissionais de saúde no trato com essa população, a rigidez na rotina dos serviços de saúde, que frequentemente não levam em consideração as especificidades desses usuários e, por fim, e a burocracia e a exigência de documentos para o agendamento de consultas.

Vinte anos após a pesquisa de Carneiro Júnior et al. (1998), verifica-se no município desta pesquisa, conforme os relatos dos entrevistados, dificuldades muito similares. É necessário o engajamento do poder público para operacionalizar a PNPSR, entendendo que o conceito de saúde é multideterminado, e, portanto, as vulnerabilidades vivenciadas pelas pessoas que estão em situação de rua comprometem a sua saúde.

É imprescindível possibilitar às pessoas que estão nas ruas o acesso aos serviços de saúde, de acordo com o princípio da universalidade, sem ter que lidar com as barreiras que ainda hoje encontram; que possam vivenciar a equidade nas ações de saúde e que todas consigam acesso integral a todos os níveis de atenção, de forma articulada, visando não somente a cura de doenças, mas a sua prevenção e também a promoção da saúde. Possibilitar o acesso a um direito fundamental

como o direito à saúde, é possibilitar, em parte, a transformação da realidade das pessoas que mais precisam usufruir desse direito.

8.5 Direito à saúde: a voz da população em situação de rua

Embora o direito à saúde tenha sido instituído como um direito universal em 1988, sua efetivação ainda esbarra em diversos obstáculos, como o planejamento de ações e programas que atendam às especificidades da população brasileira e também o comprometimento da gestão para executá-los. A PNPSR (2009), reforça a necessidade de comprometimento com esse direito, que é tão fundamental para aqueles que sofrem as mais diversas privações. Na busca pela apropriação de direitos, o primeiro passo é a percepção da sua necessidade: entender que o Estado precisa estar atento para as carências da sua população, e assim exercer sua função de proteção.

O direito à saúde emerge nas entrevistas de forma latente, já que não havia no roteiro semiestruturado da entrevista realizada uma pergunta específica sobre o tema. A necessidade de ser olhado e escutado pelo Estado é um ponto importante que foi identificado:

Não é justo a gente viver desse jeito. A gente é ser humano. A gente merece ser tratado como ser humano. [...] Eu não sou invisível. A gente não é invisível... só que tem um monte de gente que não vê a gente. Mas tinha que ter alguém para olhar para nossa situação. (E1)

Se ninguém olhar para gente, não tem como melhorar, né? É só a gente falando mesmo para as pessoas saberem a real situação. É... a gente tem que poder falar. (E7)

Nas falas de E1 e E7 verifica-se a necessidade de serem tratados como cidadãos. O sentimento de anulação diante da sociedade, traz inquietação e incômodo, e esta situação está associada a fragilidade do compromisso do poder público para a efetivação das políticas específicas para a população em situação de rua.

Apesar de E1 manifestar seu sentimento de invisibilidade, esta condição é analisada por Rodrigues (2016) como um mito. Para o autor, não obstante a indiferença por grande parte da sociedade em relação aos sofrimentos vivenciados

pela população de rua, as práticas diárias de controle social e repressão apontam para o fato de que a população de rua é evidente para a sociedade. O incômodo social pode ligar-se à intolerância e ao controle do espaço urbano. Só é incômodo aquilo que é percebido. É por meio do incômodo e do controle social que as pessoas em situação de rua são impedidas de frequentarem determinados lugares, são abordadas violentamente pela polícia e menosprezadas pela sociedade.

Entretanto, o desrespeito em relação às políticas públicas, é uma forma de impedir a cidadania dessas pessoas, e uma forma de ignorar esse grupo. A CF/88 garante o direito universal à saúde e a PNPSR (2009) institui medidas para que o sistema de saúde opere também de forma a atender as especificidades dessa população. A dificuldade no acesso, porém, evidencia ainda uma posição de não pertencimento social das pessoas em situação de rua, enquanto cidadãos de direitos.

A necessidade de instrumentalizar a população em situação de rua para a apropriação de direitos foi relatada por E2:

Também ia ser legal entregar umas apostilas pro pessoal ficar lendo, explicando umas coisas aí... sobre doenças... sobre os direitos que a gente tem... Aí a gente vai aprendendo... Eu sou um que quero. (E2)

A população mais vulnerável, de modo geral, é desprovida de informação e tem dificuldade para acessar serviços e direitos. Freire (1968), afirma que é de interesse das classes dominantes manter a população oprimida sem informação, afinal, informação é poder e acarreta mudanças. Uma educação libertadora considera as experiências e o arcabouço sócio histórico que o indivíduo carrega e que ao mesmo tempo o compõe. É esta educação que é capaz de formar sujeitos reflexivos, críticos, eticamente responsáveis e politicamente comprometidos com as possibilidades de transformação da sua realidade. Uma população que compreende seus direitos é capaz de lutar por eles, e a partir da sua vivência, contribuir para que as políticas já instituídas sejam implantadas de acordo com sua verdadeira demanda.

Ações que visam instrumentalizar as pessoas em situação de rua, seja em relação às necessidades de saúde, seja em relação aos seus direitos instituídos, precisam considerar a realidade desses indivíduos. Uma educação normatizadora, preocupada apenas em transmitir conhecimento, é um instrumento de alienação. No

trecho de entrevista citado, E2 sugere o desenvolvimento de apostilas. A criação e confecção de qualquer material educativo visando a sensibilização e formação crítica, pode ser realizada por meio da participação dos indivíduos que pretende atingir, aproximando-se da sua realidade. Outra estratégia são as rodas de conversa, que podem acontecer dentro dos diversos equipamentos de proteção social do município, como albergues e Centro POP. As rodas de conversa também podem acontecer nos serviços que se deseja sensibilizar, como os serviços de saúde, e até mesmo nas aglomerações onde as pessoas de rua diariamente se estabelecem. A implantação dessas estratégias para essa população é fundamental para seu empoderamento e autonomia na condução de sua saúde.

Por conhecer alguns direitos e equipamentos de proteção social do município, E1 afirma buscar pelos serviços dos quais necessita. Quando não consegue acessá-los diretamente, busca o auxílio da assistente social:

Pode ver que eu estou sempre correndo atrás do que eu preciso, do que é meu por direito. Tenho o meu cartão para pegar o ônibus sem pagar porque eu corri atrás. Consigo meu curativo na perna porque eu fui atrás da assistente social. (E1)

Para que os direitos possam ser acessados, eles devem ser divulgados e compreendidos. Assim, a população de rua pode ser capaz de monitorar o desenvolvimento de ações voltadas para este grupo e denunciar quando não existe o comprometimento necessário para a efetivação das políticas públicas. Uma das diretrizes da PNPSR (2009) é a participação da sociedade civil, por meio de entidades, fóruns e organizações da população em situação de rua tanto na elaboração, quanto no acompanhamento e monitoramento das políticas públicas.

O Comitê Pop Rua é requisito para adesão dos municípios à PNPSR. Ele tem a função de acompanhar e monitorar a execução das ações oriundas da política. Em Juiz de Fora, é composto pelo poder público municipal, através das Secretarias de Desenvolvimento Social (SDS), de Governo (SG), de Saúde (SS), de Desenvolvimento Econômico, Trabalho e Geração de Emprego e Renda (SDEER), de Esporte e Lazer (SEL) e de Atividades Urbanas (SAU), pela Fundação Cultural Alfredo Ferreira Lage (Funalfa), pela Empresa Regional de Habitação de Juiz de Fora (Emcasa), pela Guarda Municipal (GM) e pelos representantes da sociedade civil. Observa-se o caráter intersetorial do Comitê. Somente com ações intersetoriais se viabilizará as mudanças que garantam a saúde e os outros direitos do cidadão.

O Comitê tem proposto algumas ações no município, como a criação de um mapa de proteção às pessoas em situação de rua, cartografando todos os locais da cidade que atuam na defesa dos direitos humanos, possibilitando a criação de uma rede de proteção. Outras ações realizadas foram as visitas de inspeção aos albergues e a capacitação da Guarda Municipal para as abordagens.

Além disso, o Comitê encaminhou à Câmara Municipal um projeto de lei com a finalidade de implantar políticas públicas de forma intersetorial e transversal, garantindo a estruturação da rede de promoção, proteção e defesa às pessoas em situação de rua. Porém, o projeto, que foi encaminhado no início do ano de 2017, ainda não foi levado à votação. Enquanto há uma morosidade do poder público para responder ao projeto enviado pelo Comitê, as pessoas em situação de rua continuam a vivenciar todos os dias diversas vulnerabilidades. Para estas pessoas, as questões tratadas neste projeto têm caráter de urgência.

Não basta a presença da população em situação de rua nas reuniões do Comitê. Sua voz deve ser ouvida. A existência de uma política voltada para estas pessoas reflete a sua necessidade pelo *status* de cidadania, pela garantia dos seus direitos. A PNPSR (2009) contempla as peculiaridades desta população, portanto, não há melhores vozes para dizer sobre as ações que devem ser realizadas para a efetivação da política, que as vozes daqueles que vivenciam o dia a dia nas ruas.

No discurso de E1 (trecho citado na página 113), também aparece a questão intersetorialidade, pois ao falar do transporte, é possível pensar no quão essencial é ter um meio de locomoção para o deslocamento dentro do município, lembrando que alguns equipamentos de proteção social são distantes uns dos outros.

Quando se trata de proteção social, a intersetorialidade é fundamental. São necessárias estratégias de áreas diversas, como direitos humanos, trabalho e emprego, desenvolvimento urbano e habitação, assistência social, educação, segurança alimentar e nutricional, saúde e cultura. Entretanto, a política não pode ficar apenas no papel. Seu objetivo é atender a demanda de um grupo, e em relação ao acesso aos serviços de saúde, o que foi efetivado pelo município do estudo precisa sim ser valorizado, como a implantação do Consultório na Rua, mas ainda está aquém do que foi instituído politicamente.

Os profissionais de saúde devem estar capacitados e disponíveis para receberem pessoas que vivenciam as mais diversas realidades:

Então a gente tem que aceitar o atendimento que vier, do jeito que vier. Antes o que tem do que nada, não é mesmo? Aí a gente abaixa a cabeça, enfrenta a demora, enfrenta mal humor, enfrenta atendimento de três minutos. É isso aí. Mas pra quem está ali trabalhando também deve ser difícil trabalhar nas condições que tem. A gente tem que ver os dois lados. (E14)

Os médicos... às vezes querem ganhar um burro de um dinheiro e ficam reclamando de atender a gente. A gente sabe que eles ganham o dinheiro mesmo se atender mal. E ganham muito dinheiro... suficiente, né? Então a gente não entende porque eles fazem essas coisas. (E4)

No Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua, publicado por meio da Resolução 2, de 27 de fevereiro de 2013, tem como um dos eixos de ação a capacitação dos profissionais de saúde e sua educação permanente, com a inserção da temática População em Situação de Rua no Módulo de Educação à Distância para cursos de formação voltados para profissionais de saúde (BRASIL, 2013).

Sensibilizar os profissionais de saúde para o atendimento da população em situação de rua é possibilitar um atendimento humanizado. Além disso, é uma forma de assegurar a procura pelos serviços de saúde, já que uma das barreiras para o acesso relatada pelos participantes da pesquisa é justamente a inabilidade dos profissionais no trato com estas pessoas, além do preconceito e discriminação sofridos nos serviços.

Tem que esperar muito tempo pra ser atendido e quando é atendido o médico nem olha pra sua cara, às vezes reclama do mal cheiro, fala que a gente tem que tomar banho. Mas a gente tem que agradecer porque pelo menos a gente é atendido. (E6)

Uma vez eu cheguei na UPA e alguém falou que eu era morador de rua, aí o médico me perguntou se eu era mesmo morador de rua e eu disse que sim. Vou mentir? Claro que não. Eu sou mesmo. O médico só perguntou o que eu estava sentindo e mandou eu ir embora. Disse que não era nada, não. Não examinou, não pediu exame. Foi só na palavra mesmo. Às vezes é porque eu estava com cheiro de cachaça... não sei. Às vezes foi isso. (E14)

É importante que o profissional de saúde tenha a compreensão de que as pessoas que vivem nas ruas estão sujeitas a diversos riscos e necessitam de um acolhimento adequado, favorecendo uma relação de confiança entre a pessoa que precisa do atendimento e o profissional, e também a criação de vínculo com o próprio serviço de saúde. O aspecto físico, as roupas e o cheiro não podem

determinar a forma de atendimento. Daí a importância da capacitação, com foco na sensibilização dos profissionais.

Além da capacitação, o Estado também deve oferecer as condições adequadas para o exercício profissional. Maciel, Santos e Rodrigues (2015), encontraram em sua pesquisa sobre as condições do trabalho em saúde relatos de problemas na estrutura física dos serviços, falta de equipamentos necessários para a execução de atividades, falta de profissionais e consequente excesso de demanda, salários baixos, falta de reconhecimento do trabalho. Dentre os problemas relatados, encontra-se também a falta de treinamento e capacitação. O trabalho realizado em condições precárias reflete-se sobre a saúde desses profissionais, que muitas vezes podem apresentar exaustão física e emocional.

Pode parecer um contrassenso dizer que nos serviços de saúde atuam profissionais adoecidos devido às condições de trabalho. Entretanto, esta é uma realidade que afeta os diversos pontos da rede de atenção à saúde. Como oferecer um atendimento de qualidade e humanizado se, muitas vezes, os próprios trabalhadores da saúde desempenham suas funções em cenários e contextos adoecedores?

As más condições de trabalho afetam diretamente aqueles que estão na ponta dos serviços: os usuários, e dentre eles, os mais vulneráveis, os que estão em situação de rua. A efetivação das políticas que instituem a saúde como direito, só acontecerá se houver, por parte do poder público, a sensibilidade para o desenvolvimento de ações que alcance todos os atores envolvidos no sistema de saúde, contemplando suas múltiplas faces.

O SUS aparece como ferramenta do direito universal à saúde nos discursos de E4 e E16:

Assim como eu respeito o direito deles, eles também têm que respeitar o nosso, né? A saúde é direito e felizmente é para todos. E o SUS está aí pra isso. (E4)

O SUS tem um lado bom. Isso não tem como negar. Se não tivesse o SUS, o que que a gente iria arranjar? Sem dinheiro... sem saúde... O SUS não é de graça, não. A gente também paga. Ele está funcionando por causa do imposto e todo mundo paga imposto. Até numa balinha que eu compro ali na esquina tem uma parte do dinheiro que vai pro governo. (E16)

O SUS é considerado um instrumento para o exercício do direito à saúde e representa a tradução de uma história social e cidadã. Sua construção foi capaz de

mobilizar, além da academia e trabalhadores de saúde, a sociedade civil e os movimentos sociais (CECCIM; FERLA, 2009; FLEURY; OUVÉRY, 2009). O SUS foi construído por todos e para todos.

De acordo com o Decreto 7.508 (2011) que regulamenta a Lei 8.080, o SUS deve obedecer aos princípios da universalidade e da igualdade na assistência, ou seja, todos os cidadãos têm o direito a acessá-lo, independente de renda, raça, gênero, escolaridade ou religião, sem sofrer qualquer tipo de preconceito (BRASIL, 2011d).

O comprometimento para a efetivação de um SUS universal e igualitário em seu acesso deve passar por todas esferas de governo, mas também deve ser um comprometimento de todos aqueles que estão envolvidos no cotidiano dos serviços de saúde: os gestores, os profissionais e a sociedade.

Neste ponto é possível retornar ao que diz a CF/88: “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). É direito de todos, independentemente da cama em que se dorme, se é de madeira ou de papelão. É direito de todos, independentemente do teto sob o qual se dorme, se é de cimento, de estrelas ou de nuvens tempestuosas. É dever do Estado, que deve comprometer-se com todos os seus cidadãos, especialmente com aqueles que sofrem no dia a dia as violências que o próprio Estado lhes impõe.

Muitas lutas fizeram parte da conquista pelo direito à saúde. Quando a população em situação de rua compreende que a saúde é um direito universal, cria a possibilidade de também lutar para a sua garantia. No cenário atual que o Brasil passa, com o congelamento dos investimentos e a revisão de políticas importantes na área de saúde, defender esse direito é uma luta de todos, e no caso da população de rua, o direito à saúde ainda passa pelas lutas por um acesso adequado, eficaz e sem preconceitos.

É inegável que o momento de crise política e econômica que o país atravessa afeta consideravelmente as condições de vida da população brasileira. Neste mesmo período é possível verificar um número cada vez maior de pessoas vivenciando a situação de rua no município do estudo, sentindo-se invisíveis para a sociedade e para o poder público, que os enxerga como um incômodo e não como cidadãos. É importante que haja a transformação das estruturas dos serviços de saúde já fundamentadas e a oferta destes serviços para além do mínimo necessário, com a garantia do acesso universal, equânime e integral.

Mudanças profundas somente ocorrerão quando o poder público perceber a urgência das demandas da população de rua, empenhando-se para a estruturação de ações intersetoriais, com o comprometimento para implantar, implementar e efetivar as políticas, garantindo os direitos que foram uma conquista social.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de dar voz às pessoas em situação de rua para compreender suas vivências no acesso aos serviços de saúde foi única e promoveu inúmeras reflexões sobre as dificuldades cotidianas que elas enfrentam e sobre o quanto o sistema de saúde do município de Juiz de Fora ainda tem que avançar.

O momento para as discussões sobre o acesso aos serviços de saúde na percepção da população em situação de rua é favorável já que o município da pesquisa iniciou, em 2016, o desenvolvimento da *Política Municipal para a População em Situação de Rua*. Revisitando o conceito ampliado de saúde, considerando-a multideterminada, é possível compreender que a elaboração da política municipal deve prezar por ações de caráter intersetorial, propiciando, em consequência, a abrangência das mais diversas necessidades de saúde das pessoas em situação de rua. Ressalta-se a importância do Comitê Pop Rua no processo de construção da política e no controle da sua implantação e implementação. Ao poder público do município cabe agilizar o andamento da política e possibilitar equipamentos e estratégias para a sua efetivação.

Dos equipamentos sociais disponibilizados atualmente, evidenciou-se nos relatos dos participantes da pesquisa os albergues, o Restaurante Popular e o Centro POP. Aponta-se a necessidade de expansão do número de vagas nos serviços de acolhimento temporário para melhor atender ao número de pessoas em situação de rua encontrado pelo diagnóstico realizado no município em 2016. E, para que haja procura pelos albergues, sugere-se que seja construído um espaço de escuta e debates sobre as demandas dos usuários.

De acordo com a pesquisa, é relevante a ausência de banheiros públicos, com chuveiros, além de bebedouros e locais para lavagem de roupas, próprios para atender às necessidades básicas das pessoas que estão nas ruas e não frequentam os albergues.

Na atenção à saúde, a população em situação de rua do município conta com uma equipe de Consultório na Rua. Das 63 UBS do município, apenas uma é destinada ao atendimento deste grupo, oferecendo duas vagas semanais. Os hospitais de urgência e emergência são os mais acessados e as especialidades

foram procuradas pelos entrevistados apenas com a mediação do Consultório na Rua, do Centro POP ou dos albergues.

Partindo dos objetivos estabelecidos para a pesquisa, chegou-se aos motivos que levam as pessoas a irem para as ruas. A maioria dos participantes relatou a ruptura ou fragilidade dos vínculos familiares e também o uso abusivo de álcool e outras drogas.

Foi possível entender as dificuldades que as pessoas que estão na rua têm para acessar ao mercado de trabalho, utilizando-se muitas vezes do trabalho informal como estratégia para a sobrevivência nas ruas. Verificou-se a necessidade de oferta de cursos profissionalizantes e de capacitação para melhor preparar as pessoas em situação de rua para a inserção no trabalho formalizado.

A pesquisa também permitiu a compreensão sobre os diversos aspectos relacionados à vivência nas ruas que interferem na saúde. Tais dificuldades não são diferentes das relatadas nos estudos acessados para subsidiar esta pesquisa, mas evidenciou pontos por vezes ignorados pelo poder público municipal.

Dentre as dificuldades destacou-se as experiências das mulheres durante o período menstrual. Esta dificuldade não foi encontrada pela pesquisadora no momento de revisão da literatura em outros estudos. Porém, observou-se que nas redes sociais e nos meios de comunicação há o desenvolvimento de campanhas sensibilizando para a necessidade de doação de absorventes íntimos para essas mulheres. Esta informação aponta para a necessidade de um olhar mais sensível do poder público para a situação da mulher que está na rua e para as suas demandas específicas. Poucas são as pesquisas com foco nestas mulheres. O incentivo ao desenvolvimento de tais pesquisas contribuiria para o atendimento destas demandas.

Outra vulnerabilidade vivenciada pelas mulheres que merece destaque é em relação ao medo de sofrer violência sexual, relatada por praticamente todas as entrevistadas. Vive-se um momento de discussão sobre a violência contra a mulher. Para as mulheres em situação de rua essa realidade é ainda mais impiedosa, já que não conseguem contar com uma rede de proteção e acolhimento.

Dos motivos para a procura pelos serviços de saúde, foram indicados com maior frequência os problemas que interferem no cotidiano das ruas, quando já não é possível aguentar a dor, ou já não é possível realizar as atividades diárias. Assim,

dores de cabeça, tontura e dores no corpo, que podem indicar condições crônicas, foram consideradas motivos insignificantes para a procura pelos serviços.

O nível de atenção mais acessado é a urgência e emergência, já que a maior procura pelos serviços de saúde acontece justamente devido a situações de urgência e emergência. A maioria dos entrevistados já recebeu atendimento na UPA Leste e no HPS. Este é o destino do SAMU, serviço muito utilizado por essa população. Já a UPA Leste é a UPA do município que possui a localização mais próxima aos locais de concentração do grupo estudado.

No nível secundário, a maioria dos atendimentos relatados aconteceu no SAE, pelos entrevistados com diagnóstico de infecção por HIV/AIDS, e no CAPS, pelos entrevistados com uso abusivo de álcool e/ou outras drogas. Todos os acessos aconteceram por encaminhamento do albergue, do Consultório na Rua ou do Centro POP.

O acesso à rede também acontece de maneira tímida pela AB, representada por uma única UBS, que é responsável pelos atendimentos da população em situação de rua do município, com consultas agendadas por intermédio do Consultório na Rua. O número de vagas foi apontado como insuficiente e a relação dos entrevistados com as doenças crônicas permitiu inferir a fragilidade da AB para o público da pesquisa.

Das dificuldades para o acesso aos serviços de saúde, além da necessidade da apresentação, em alguns serviços, de documentos identificatórios e comprovação de residência, foram relatadas também as fragilidades no tratamento, que muitas vezes está embasado em ações que desconsideram as condições socioeconômicas e culturais do indivíduo.

Um dos aspectos revelados na pesquisa que exige atenção por parte do poder público é a capacitação dos profissionais de saúde em todos os pontos da rede. Muitos profissionais ainda não sabem como lidar com a população em situação de rua, não entendem sua realidade e não conhecem os equipamentos que esta população pode acessar. Conseqüentemente, não realizam os encaminhamentos apropriados. Ademais, alguns profissionais ainda agem de maneira preconceituosa e discriminatória nos serviços de saúde. Portanto, a capacitação é imprescindível para qualificar a oferta do atendimento, de acordo com os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade, assim como para a efetivação da PNPSR (2009).

Muitos participantes da pesquisa demonstraram ter percepção dos seus direitos, entretanto ainda esbarram em dificuldades para exercê-los, como o preconceito, a falta de informação, o pouco investimento em ações intersetoriais e a dificuldade de acesso aos diversos serviços, incluindo os de saúde. O direito deve ser garantido conforme é preconizado na CF/88 e mantido por meio de políticas públicas econômicas e sociais para a sua efetividade.

A partir do exposto, é possível perceber que o poder público do município realiza alguns esforços para que a rede de atenção à saúde do SUS atenda às necessidades da população em situação de rua, tais como a implantação do Consultório na Rua e a incumbência e capacitação de uma UBS para o atendimento deste grupo. Entretanto, estes esforços ainda são insuficientes e necessitam de ampliação para que a rede esteja em consonância com a PNPSR (2009), como a expansão dos atendimentos na AB para todas as UBS e a expansão do Consultório na Rua, enquadrando-se na modalidade III, que permitiria a atuação do profissional médico nos locais de aglomeração da população de rua, atendendo às demandas possíveis.

Muitos ainda são os desafios a se enfrentar, a partir da compreensão de que é necessário oferecer um atendimento de qualidade, acessível a todos, sem preconceitos, com profissionais capacitados e sensíveis à situação social do grupo deste estudo. Espera-se que este estudo possa contribuir com o desenvolvimento da Política Municipal para a População em Situação de Rua e auxilie na transformação da realidade vivenciada pelo grupo estudado. A saúde é direito de todos. Que permaneça o desejo de que esta afirmação se torne cada vez mais concreta na realidade daqueles que mais precisam.

REFERÊNCIAS

- ACCORSSI, A.; SCARPARO, H. Representações sociais da pobreza. In: XIMENES, V. M. et al. (Org.). **Implicações Psicossociais da Pobreza: diversidades e resistências**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2016. p. 67-94.
- ADORNO, R. C. F. Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua. **Etnográfica**, Lisboa, v. 15, n. 3, p. 543-567, 2011.
- ADORNO, R. C. F. Identidade e exclusão. In: BARBOSA, R. M. (Org.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. São Paulo: Editora 34, 1999. p. 89-97.
- ADORNO, T.; HORKHEIMER, M. **Dialética do esclarecimento**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1947. 121 p.
- 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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 115-124, jan. 2012.
- AITH, F. M. A. Direito à saúde e democracia sanitária: experiências brasileiras. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v.15, n.3, p. 85-90, fev. 2015.
- ALENCAR, T. O. S.; NASCIMENTO, M. A. A.; ALENCAR, B. R. Hermenêutica dialética: uma experiência enquanto método de análise na pesquisa sobre o acesso do usuário à assistência farmacêutica. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 2, p. 243-250, abr-jun. 2012.
- ANDRADE, E. M.; LACERDA, G. B. M. Reflexos da vulnerabilidade social e climática sobre a saúde pública: o índice de exclusão social ampliado. **Ambientável**, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, p. 1-8, set. 2007.
- ARBEX, D. PMs denunciados por violência. **Tribuna de Minas**, Juiz de Fora, jun. 2015. Disponível em: <<http://www.tribunademinas.com.br/pms-denunciados-por-violencia>>. Acesso em: 20 fev. 2018.
- ARGINTARU, N. et al. A cross-sectional observational study of unmet health needs among homeless and vulnerably housed adults in three Canadian cities. **BMC Public Health**, v. 577, n. 13, 2013.
- BARATA, R. B. et al. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 219-232, 2015.

BARRETO, M. P. S. L. Patriarcalismo e o feminismo: uma retrospectiva histórica. **Revista Ártemis**, João Pessoa, v.1, p. 1-10, dez. 2014.

BORYSOW, I. C.; FURTADO, J. P. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1069-1076, 2014.

BOVE, C.; FIGUEIREDO, G. A política nacional para a população em situação de rua: processo e participação. In: GRINOVER, A. P. et al. (Org.). **Direitos Fundamentais das Pessoas em Situação de Rua**. 2 ed. Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2016. p. 421-428.

BRASIL. Ministério da Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1963. 219 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_3.pdf>. Acesso em 20 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. 4ª Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1967. 208 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_4.pdf>. Acesso em 20 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. 5ª Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1975. 121 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_5.pdf>. Acesso em 20 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. 6ª Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1977. 165 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_6.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. 7ª Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1980. 263 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. 29 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. Congresso Nacional. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18055. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em 20 fev. 2018.

_____. Congresso Nacional. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1, p. 25694. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm>. Acesso em 20 fev. 2018.

_____. Congresso Nacional. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. 1990c. Seção 1, p. 13563. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em 20 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. 9ª Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1992. 43 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. 10ª Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 89 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 232 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 240 p.

_____. Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 pela consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília: DF, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em 20 fev. 2018.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome. **Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua**. Meta/MDS, Brasília, DF, abr. 2008a. Disponível em:

<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/14/sumario-executivo-pop-rua.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília, DF, mai. 2008b. Disponível em:

<http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/acoes_afirmativas/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 dez. 2009a. Seção 1. p.16. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm>. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas**. Brasília: CONASS, 2009b. Disponível em:

<http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf> Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Consultórios de Rua do SUS**: material de trabalho para a Segunda Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 48 p.

_____. Congresso Nacional. Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 fev. 2010b. Seção 1, p.17. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc64.htm>. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. 14ª Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 230 p. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/img/14_cns%20relatorio_final.pdf> Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações técnicas**: Centro de Referência Especializado para população em situação de rua – Centro Pop. Brasília: Gráfica e Editora Brasil Ltda, 2011b. Disponível em:

<http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_centro_pop.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 abr. 2011c. Seção 1, p.36. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011d. Seção 1, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/manual_saude_populacao_rua. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. Portaria nº122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jan. 2012b. Seção 1, p.46-47. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013. Define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua (PSR) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 fev. 2013. Seção 1, p. 149. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0002_27_02_2013.html. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. 15ª Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. 31 p. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/index.html. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. Congresso Nacional. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 dez. 2016b. Seção 1, p.2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm . Acesso em: 20 fev. 2018.

BRITO, R. M. et al. A hermenêutica e o processo de construção do conhecimento. **Dialógica**, Manaus, v. 1, p. 24-38, 2007.

BRUSEKE, F. J. Risco e Contingência: os paradigmas da modernidade e sua contestação. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, Florianópolis, v. 1, p. 69-80, 2006.

CAMPBELL, D. J. T. et al. Primary health care needs and barriersto care among Calgary's homeless populations. **BMC Family Practice**, v. 139, n. 16, 2015.

CAMPOS, A. G. **Qual a dor do morador de rua?** 2016. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Faculdade de Ciências em Saúde Albert Einstein, São Paulo, 2016.

CAMPOS A. G.; SOUZA M. P. F. Violência muda e preconceito: estratégias de uma equipe de saúde em defesa da cidadania da população em situação de rua. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 14, p. 344-351, 2014.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1943. 154 p.

CARNEIRO JÚNIOR, N. et al. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 7, n. 2, p.47-62, 1998.

CARRASCO, A. **A dialética**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2016. 99 p.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Revista trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, fev. 2009.

CHIESA, A. M.; WESTPHAL, M. F.; AKERMAN, M. Doenças respiratórias agudas: um estudo das desigualdades em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 24, p. 55-69, jan. 2008.

CLÓVIS, L. A.; SOUZA, H. L. **Conferências nacionais: atores, dinâmicas participativas e efetividades**. Brasília: IPEA, 2013. 308 p.

COHN, A. A ofensiva raivosa no desmonte do SUS. **Brasil Debate**, Rio de Janeiro, p. 1-4, jun. 2016.

_____. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 25, p. 1614-1619, jul. 2009.

_____. Políticas sociais e pobreza no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 12, p. 1-19, jun-dez. 1995.

CONILL, E. M. Sistemas Comparados de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 563-614.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. **Guia de Atuação Ministerial: defesa dos direitos das pessoas em situação de rua**. Brasília: CNMP, 2015. 141 p. Disponível em: http://www.cnmp.mp.br/portal/images/Publicacoes/documentos/Guia_Ministerial_CNMP_WEB_2015.pdf. Acesso em: 20 fev. 2018.

DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO. Portaria DPGU nº 666, de 31 de maio de 2017. Dispõe sobre diretrizes de atendimento à população em situação de rua em todas as unidades da Defensoria Pública da União. **Boletim Eletrônico Interno da DPU**, Brasília, DF, 31 mai. 2017. Edição 120. Disponível em: http://www.dpu.def.br/images/stories/Infoleg/2017/06/portaria_666.pdf. Acesso em: 20 fev. 2018.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. 200 p.

DUARTE, L. G. M. **Possibilidades e limites do controle judicial sobre as políticas públicas de saúde: um contributo para a dogmática do direito à saúde**. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2011. 308 p.

SCOREL, S. **Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 215 p.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 59-82.

SCOREL, S.; BLOCH, R. A. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 83-120.

ESPINOSA, M. H. R. Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, Alames em temas y Debates. In: SIERRA, A. M. A. (Org.). **Teoría crítica de la sociedad y salud pública**. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2011. 241 p.

ESTANISLAU, M. A.; XIMENES, V. M. Vivências de humilhação e vergonha: uma análise psicossocial em contextos de pobreza. In: XIMENES, V. M. et al. (Org.). **Implicações Psicossociais da Pobreza: diversidades e resistências**. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2016. p.121-148.

FARIAS, D. C. S. et al. Saberes sobre saúde entre pessoas vivendo em situação de rua. **Psicologia e Saber Social**, v. 3, n. 1, p. 70-82, 2014.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 3. ed. São Paulo: Positivo, 2004. 2175 p.

FIGUEROA-MUNOZ, J. L.; RAMON-PARDO, P. Tuberculosis control in vulnerable groups. **Bull World Health Organ**, v. 9, n. 86, p. 733-735, 2008.

FLEURY, S.; OUVÉRY, A.M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 23-64.

FRAGA, P. **População em situação de rua e acesso à saúde**. 2015. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1968. 253 p.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1996. 54 p.

GADAMER, H. **Verdade e Método**. 3 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999. 725 p.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 177-98.

GOMES, R. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014. 48 p.

GRONDIN, J. **Hermenêutica**. São Paulo: Parábola Editorial, 2012. 150 p.

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

HOLANDA, S. B. **Raízes do Brasil**. 27 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2014. 254 p.

HONORATO, B. E. F.; SARAIVA, L. A. S. quando a casa é a marquise, o albergue, a rua: discursos e políticas sociais para pessoas em situação de rua em belo

horizonte. **Administração Pública e Gestão Social**, Viçosa, v. 9, n. 4, p. 244-253, out-dez. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativas de população. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?&t=o-que-e>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. Censo 2010. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

JUIZ DE FORA. Secretaria de Saúde. Chamada Pública. Convite às organizações da sociedade civil, sem fins lucrativos, de utilidade pública, para administração compartilhada e acompanhamento técnico do projeto “consultório de rua” a ser implantado no município de Juiz de Fora. **Diário Oficial Eletrônico do Município de Juiz de Fora**, Juiz de Fora, 29 jun. 2011. Disponível em: <https://pjf.mg.gov.br/e_atos/.../CONVITE.doc>. Acesso em 20 fev. 2018.

_____. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Juiz de Fora: 2014-2017**. Juiz de Fora, 2014. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/saude/documentos/plano_de_saude_2014_2017_sspjf.pdf>. Acesso em 20 fev. 2018.

_____. Secretaria de Saúde. **Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde – Projeto de Implantação**. Juiz de Fora, 2015. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/saude/plano_diretor/docs/implantacao.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

_____. Secretaria de Desenvolvimento Social. **Diagnóstico da População em Situação de Rua de Juiz de Fora**. Juiz de Fora, 2016. Disponível em: <<https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/sds>>. Acesso em 20 fev. 2018.

LARA, L.; GUARESCHI, N. M. F.; BERNARDES, A. G. Reforma Sanitária e a privatização da saúde em um contexto. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 2, n. 28, p. 360-368, 2016.

KONDER, L. **O que é dialética**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2012. 85 p.

LIMA, N. T.; GERCHMAN, S.; EDLER, F. C. Introdução. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-26.

LOBATO, L.V.C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmicas. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 89-120.

MACIEL, R. H. M. O.; SANTOS, J. B. F.; RODRIGUES, R. L. Condições de trabalho dos trabalhadores da saúde: um enfoque sobre os técnicos e auxiliares de nível médio. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 131, n. 40, p. 75-87, 2015.

MARX, K. **O Capital**: livro I. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1996. 1493 p.

MASLOW, A. H. **Motivación y personalidad**. Barcelona: Ed. Sagitário, 1954. 492 p.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 20, p. 1411-1416, set./out. 2004.

MENEGHEL, S. N. et al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 27, p. 743-752, abr. 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec Editora, 2014. 407 p.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Cadastro Geral de Empregados e Desempregados**. Disponível em: <https://caged.maisemprego.mte.gov.br/portalcaged/paginas/home/home.xhtml>. Acesso em: 20 fev. 2018.

MOTA, D. C. B.; RONZANI, T. M.; MOURA, Y. G. Tratamento e apoio psicossocial às pessoas em situação de rua usuárias de drogas. In: GRINOVER, A. P. et al. (Org.). **Direitos Fundamentais das Pessoas em Situação de Rua**. 2 ed. Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2016. p. 497-514.

MOURA JÚNIOR, J. F.; SARRIERA, J. C. Práticas de resistência à estigmatização da pobreza: caminhos possíveis. In: XIMENES, V. M. et al. (Org.). **Implicações Psicossociais da Pobreza**: diversidades e resistências. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2016. p. 263-288.

NATALINO, M. A. C. Estimativa da população em situação de rua no Brasil. In: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Texto para Discussão**. Brasília: IPEA, 2016. p. 1-37.

NUNES, E. D. História e paradigmas da Saúde Coletiva: registro de uma experiência de ensino. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 16, p. 2239-2243, 2011.

NUNES, J. A. Saúde, direito à saúde e justiça sanitária. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 87, p. 143-169, 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral da ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>>. Acesso em 20 fev. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde**. 2011. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/08/Primeira-versao_documento_tecnico_CMDSS.pdf>. Acesso em 20 fev. 2018.

OSÓRIO, R. G.; SOARES, S. S. D.; SOUZA, P. H. G. F. Erradicar a pobreza extrema: um objetivo ao alcance do Brasil. In: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Texto para Discussão**. Brasília: IPEA, 2011. p. 2-62.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Saúde no Brasil. p. 11-31, mai. 2011.

PAIVA, A. B. et al. O Novo Regime Fiscal suas implicações para a Política de Assistência Social no Brasil. In: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Nota Técnica**. Brasília: IPEA, 2016, p. 3-34.

PAUGAM, S. O enfraquecimento e a ruptura dos vínculos sociais: uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. In: SAWAIA, B. **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 1999, p. 67-86.

PEREIRA, P. A. P. **Política social**: temas e questões. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009. 216 p.

PIZZATO, R. A trajetória do protagonismo dos grupos e dos movimentos da população em situação de rua. In: DORNELES, A.; OBST, J.; SILVA, M. (Org.). **A rua em movimento**: debates acerca da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre. Belo Horizonte: Didática Editora do Brasil, 2012, p. 11-25.

REIS, M. S.; RIZZOTTI, M. L. A. População de rua, território e gestão de políticas sociais: para além de um retrato social. **Serviço Social Revista**, Londrina, v. 16, n. 1, p. 43-65, jul-dez. 2013.

RINCO, M.; LOPES, A.; DOMINGUES, M. A. Envelhecimento e vulnerabilidade social: discussão conceitual à luz das políticas públicas e suporte social. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 6, n. 15, p. 79-95, dez. 2012.

ROCHA, E. Cor e dor moral. In: SOUZA, J. **A ralé brasileira**: quem é e como vive. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2016, p. 409-444.

RODRIGUES, I. **A construção social do morador de rua**: derrubando mitos. Curitiba: CRV, 2016. 98 p.

RODRIGUES, L. R. S.; CALLERO, J. R. O direito fundamental à saúde para a população em situação de rua de Salvador. **Revista Juris Poiesis**, Rio de Janeiro, n. 18, p. 194-211, jan-dez. 2015.

ROSA, A. S.; BRÊTAS, A. C. P. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 53, n. 19, p. 275-285, 2015.

ROSA, A. S.; CAVICCHIOLI, M. G. S.; BRÊTAS, A. C. P. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 576-582, jul-ago. 2005.

SANTOS, B. S. O Estado, o direito e a questão urbana. In: FALCÃO, J. A. **Invasões Urbanas**: conflito de direito de propriedade. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2008, p. 18-30.

SANTOS, B. S. Os direitos humanos na zona de contacto entre globalizações rivais. **Cronos**, Natal, v. 8, n. 1, p. 23-40, jan-jun. 2007.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. 17 ed. Rio de Janeiro: Record, 2009. 176 p.

SANTOS, P. Ricardo Barros: o ministro dos planos de saúde. **Carta Capital**, São Paulo, v. 916, jul. 2016.

SCHOR, S. M.; VIEIRA, M. A. C. **Principais resultados do perfil socioeconômico da população de moradores de rua da área central da cidade de São Paulo, 2010**. São Paulo: Fipe, 2010. 23 p.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da reforma sanitária brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, jan-mar. 2016.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, jul-dez. 2006.

VARANDA, W.; ADORNO, C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p.56-69, jan-abr. 2004.

STEIN, E. Hermenêutica e Dialética. In: ROHDEN, L. (Org.). **Hermenêutica e Dialética**: entre Gadamer e Platão. São Paulo: Edições Loyola, 2014, p. 161-168.

VOLOCHKO, A.; VIDAL, N. P. Desigualdades raciais na saúde: mortalidade nas regiões de saúde paulistas em 2005. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo,

v. 12, n. 2, p.142-154, ago. 2010.

APÊNDICE A – Roteiro da entrevista semiestruturada



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE – NATES
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – MESTRADO

Saúde como Direito: o acesso da população em situação de rua ao Sistema Único de Saúde.

Pesquisadora Responsável: Fabiana Aparecida Almeida Lawall Valle

Orientadora: Prof^a Dr^a Beatriz Francisco Farah

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Parte I - IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO

Dados gerais

Nome: _____ CÓDIGO: _____

Idade: _____ Gênero: _____

Cor: _____ Escolaridade: _____

Instituição na qual encontra-se albergado: _____

Tempo que está em situação de rua: _____

Parte II – PERGUNTAS

- 1) Conte-me como você chegou à situação de rua?
- 2) Você enfrentou ou enfrenta dificuldades por viver na rua?
- 3) Quais necessidades de saúde a levam/o levam a procurar pelos serviços de saúde?
- 4) Quando você tem uma necessidade de saúde, procura quais serviços de saúde?
- 5) Como é atendida/atendido nos serviços de saúde?
- 6) Você encontra alguma dificuldade de ter acesso aos serviços de saúde? Conte-me as dificuldades enfrentadas.

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Saúde como Direito: o acesso da população em situação de rua ao Sistema Único de Saúde”. Nesta pesquisa pretendemos compreender como é o acesso ao Sistema Único de Saúde na percepção dos adultos em situação de rua do município de Juiz de Fora, Minas Gerais. O motivo que nos leva a estudar este tema é a possibilidade de contribuir para melhorias dos serviços de saúde oferecidos no município.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: o Sr. (a) responderá a uma entrevista que será gravada em áudio (MP3), com o objetivo de não perder as informações durante a entrevista. Os riscos associados a esta pesquisa são classificados como mínimos, isto é, os mesmos riscos que se corre nas atividades cotidianas como conversar e responder perguntas e enquetes. A pesquisa contribuirá para melhorias dos serviços de saúde oferecidos à população de rua de Juiz de Fora e também contribuirá para a construção da política municipal para a população em situação de rua.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a). O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que a pesquisa possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável no Núcleo de Assessoramento, Treinamento e Estudos em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “Saúde como Direito: acesso da população de rua ao Sistema Único de Saúde”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE C – Quadro das sínteses horizontal e vertical das entrevistas

Núcleo de Sentido	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
Motivo propulsor para estar em situação de rua	<p>- Relata passagem pela Febem e ruptura dos vínculos familiares:</p> <p>“A encrenca foi ter passado pela Febem. Quando saí de lá, não tinha mais família, não tinha amigos, não tinha ninguém. Foi um momento muito difícil. A gente não sabe o que fazer. Não tem dinheiro, não tem a quem recorrer”.</p>	<p>- Fragilidade dos vínculos familiares:</p> <p>“Perda (separação) de esposa. É que eu tinha uma família, certo? E a gente morava com a minha mãe. Eu e minha esposa a gente era muito jovem e teve filho muito cedo. Aconteceu o seguinte... aconteceu da gente separar.”</p> <p>- Passagem por Instituição de Regime de Reclusão e envolvimento com drogas:</p> <p>“Arrumei tanto problema que acabei sendo preso a primeira vez. Coisa de droga, né...”</p>	<p>- Fragilidade dos vínculos familiares e envolvimento com drogas:</p> <p>“eu não conheci nem minha mãe e nem o meu pai. Morei com a minha avó desde os três anos de idade até os dezesseis... Até os dezesseis anos quando ela morreu. Assim... quando eu tava com quatorze anos eu cheguei a conhecer o mundo das drogas. Aí daí... eu morava com a minha avó, que foi ela que me criou, né... aí daí... eu conheci o mundo do tráfico, o mundo das drogas e vim parar no mundo da rua... e na rua também é o mundo das drogas.”</p>	<p>- Ruptura dos vínculos familiares e passagem por instituição de Regime de Reclusão:</p> <p>“Meu assunto foi briga em família, né? Com a mulher, com filho, qualquer coisa parecida. Aí a gente vem para rua para não aborrecer e nem fazer coisas piores dentro de casa. Fui parar na cadeia...”</p>	<p>- Problemas familiares:</p> <p>“Eu saí de casa... da casa dos meus pais por causa da minha madrastra.”</p> <p>- Uso abusivo de álcool:</p> <p>“Eu fui aguentando, aguentando... e comecei a beber. Comecei a beber novo. Comecei a beber, beber, beber. Aí comecei a ir para rua.”</p>	<p>- Ruptura dos vínculos familiares após brigas com a família:</p> <p>“Era briga com todo mundo. E para não discutir muito eu falei: ‘Vou ali comprar um maço de cigarro e já estou voltando’. E eu estou na rua até hoje. Até hoje.”</p>	<p>- Problemas familiares – discussão de família:</p> <p>“O meu problema foi problema de família, né? Discussão de família. Eu morava em um terreno com meus outros irmãos e tinha um irmão que a gente não combinava.”</p>	<p>- Uso prejudicial de drogas:</p> <p>“Conheci o crack e isso foi a desgraça da minha vida. Não é que foi a desgraça, mas... misericórdia..”</p> <p>- Infecção por HIV que gerou o aumento de brigas familiares:</p> <p>“Eu peguei HIV. Isso não é mais segredo. Fazer o quê? A gente pensa que nunca vai pegar. Mas a gente nunca pode dizer nunca. Aí é que aumentaram as brigas em casa... e eu tive que ir para rua mesmo.”</p>
Estratégias para a	- Trabalha vendendo picolé e	- Buscou qualificação:		- Trabalha com artesanato:	- Realiza trabalhos			

Núcleo de Sentido	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
sobrevivência	<p>balas:</p> <p>“Hoje eu trabalho assim... vendo picolé e bala no ponto de ônibus.”</p>	<p>“Eu fiz um curso de garçom e auxiliar de cozinha. Eu consegui terminar o curso. Tenho até o diploma. Estou querendo mudar de vida. Aprendi muita coisa... vi muita covardia. Muito amigo meu já se foi... e eu não quero ser mais um. Quero continuar meu terceiro ano.”</p>		<p>“Eu faço artesanato. Uma hora eu vou mostrar para você ver. Faço pulseira, gargantilha... tudo de linha. Fica bonito até.”</p> <p>- A tentativa de retorno para a família aparece como necessidade de segurança:</p> <p>“Tentei voltar para família umas duas vezes, mas não deu certo. Agora eu não sei se eu paro por aqui ou se eu continuo tentando... porque eu tenho 65 anos, mas num estou morto ainda não, e família é segurança, né?”</p>	<p>informais e distribuiu currículos na tentativa de conseguir um emprego formalizado:</p> <p>“Hoje eu faço meu biscatinho para conseguir uns trocados. Eu já fiz currículo, enviei para um monte de lugar, batendo de porta em porta, mas é difícil. Além de tudo tem a idade. Estou me aproximando dos 60 (anos) e é difícil.”</p>			
Dificuldades da vivência na rua que interferem na saúde	<p>- Conseguir água potável e alimentar-se:</p> <p>“Conseguir água para beber é muito difícil. Eu que trabalho, ainda consigo comprar uma garrafinha aqui e ali, mas quem</p>	<p>- O preconceito, a desigualdade e a tristeza:</p> <p>“Dificuldade? Preconceito. A desigualdade. A tristeza também. É muita coisa que acontece. É muita tristeza...”</p>	<p>- Viver com epilepsia:</p> <p>“A dificuldade assim... para mim... o que eu mais tenho medo... é o meu problema de epilepsia. Esse é o meu pior medo. Que nem</p>	<p>- Vulnerabilidade no trabalho:</p> <p>“Para mim dificuldade é carregar um carrinho o dia inteiro... porque eu carrego as coisas em um carrinho, né? A dificuldade é só isso”.</p>	<p>- Preconceito:</p> <p>“É ser visto de uma forma diferente pelas pessoas, pela sociedade. É não ser igual. É preconceito mesmo. Isso. Preconceito”.</p>	<p>- Medo de sofrer violência:</p> <p>“Eu fico com medo mesmo é dos outros passarem e fazerem covardia. Já vi isso muito. Vi com meus próprios olhos</p>	<p>- Fome e variações climáticas (frio e chuva):</p> <p>“Olha... já teve dia que eu passei fome. Na época do frio eu já passei frio. Estou</p>	<p>- Variação climática (frio):</p> <p>“Olha na rua é frio que a gente enfrenta, é sereno, é friagem.”</p> <p>- Uso de drogas para aquecer o corpo:</p>

Núcleo de Sentido	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
	<p>não consegue trabalhar tem muito mais dificuldade. Aí tem que beber água suja mesmo. Ou é isso ou é passar sede”.</p> <p>“A gente come o que tem, o que dão, o que dá para comprar”.</p> <p>- Realizar higiene pessoal: “A gente vive na rua, né? Senta no chão... e a rua é suja. Como a nossa roupa vai ficar? Suja, né? E tem onde lavar? Não tem onde lavar. Quando a gente não vai pro albergue... não tem jeito nem de tomar banho”.</p> <p>- Preconceito: “Mas a pior dificuldade mesmo é o preconceito. A gente sabe que as pessoas olham para gente como se a gente fosse lixo, como</p>	<p>A maldade também... muita desigualdade... a pessoa não pensa no próximo... Na rua é mesmo... é onde dá ver o preconceito das pessoas. É o mais forte que tem”.</p> <p>- Entrar no mercado de trabalho: “Trabalhar é bom que a gente não pensa em besteira, não fica doente da cabeça... Mas arrumar trabalho também é danado. É difícil achar alguém que quer contratar morador de rua, ex presidiário... trabalho direito com carteira assinada é difícil demais”.</p> <p>- Vulnerabilidade à violência: “Uma vez também eu</p>	<p>eles falam... eu... como eu não conheço essa doença direito... eu com ela... eu já faço tratamento dela há muito tempo, mas não sei nada direito. Olha... eu tenho que tratar dessa doença e nem sei direito... imagina o tanto de doença que a gente tem e não sabe...”-</p> <p>- Relação entre o abuso de álcool e drogas e o medicamento que necessita tomar:</p> <p>“assim... eu não posso beber, não posso usar crack, esses negócios assim... por causa mais do meu remédio. Entendeu? Aí eu já não sei se eu escuto eles, se eles estão certos mesmo... ou se eu paro para pensar e vejo o que é melhor</p>	<p>- Distância percorrida para acessar os serviços de assistência: “Ir lá pro centro da cidade, seis horas da manhã que eu saio aqui do albergue, e depois voltar aqui para... Olha para você ver a dificuldade: ir lá no centro da cidade, volta aqui nove horas para pegar o ticket, para voltar de novo lá para almoçar. Fica difícil... Aí o corpo fica cheio de dor...dói tudo! O pé machuca...”</p> <p>- Vulnerabilidade à violência: “Mais é o marginalismo, que causa a violência, né? Porque às vezes a pessoa é mais fraca de espírito, então ele pratica certas coisas que não deve... aí atrapalha os outros. Dá medo de viver na rua e sofrer violência”.</p> <p>- Abuso de álcool e outras drogas:</p>	<p>- Fome, sede e mudanças climáticas (frio e chuva).</p> <p>“Além disso, já passei fome, sede, frio. Já passei fome. Já peguei saco de pão no latão de lixo... sobra de comida. Ia para feira de domingo com uma sacolinha e esperava acabar. Pegava laranja, banana para não ficar totalmente com fome. Mas é triste. Já passei muito frio. Já peguei muita chuva”.</p>	<p>e vi na televisão também.”</p> <p>- Já passou fome e frio:</p> <p>“Mas já passei fome. Já passei frio. Frio a gente passa, né?”</p> <p>- Preconceito:</p> <p>“O preconceito na rua tem! Eu vejo as pessoas olhando... fingindo que não estão olhando. Eu sei que a gente incomoda. É o cheiro, a sujeira.”</p> <p>- Sentimento de constrangimento: esconde que é morador de rua para diminuir o preconceito:</p> <p>“Quando eu encontro algum conhecido, parente... eu falo que estou ficando na casa de um amigo meu. Não falo</p>	<p>passando agora, né? E quando chove? Como que a gente se esconde da chuva? Se tá chovendo no frio então... a gente fica todo molhado e a roupa parece mais fria ainda!”</p> <p>- Preocupações com o dia de amanhã (ansiedade):</p> <p>“Tem muita preocupação com dia de amanhã. A gente não sabe o que vai acontecer... o que que vai fazer falta no próximo dia. A gente não sabe nem se vai aguentar chegar no próximo dia.”</p> <p>- Preconceito:</p>	<p>“E vou te falar uma coisa: o crack esquenta a gente. Depois que eu vim para rua, comecei a usar cada vez mais. A gente bebe cachaça... acha que vai esquentar, mas é só sensação.”</p> <p>- Vulnerabilidade à violência:</p> <p>“Uma outra coisa é medo de alguém. A gente fica com medo de alguém te jogar um álcool e acender um fósforo.”</p>

Núcleo de Sentido	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
	<p>se a gente quisesse estar nessa situação ou como se fosse um castigo. Eu me pergunto: se é castigo, é castigo de quem? De Deus? Eu nunca vi Deus. Ninguém nunca viu Deus. Será que os erros que a gente cometeu na vida precisam de um castigo tão grande assim?. Isso pode dar até depressão. Tem um monte de gente que mora na rua que tem essa depressão”.</p>	<p>leve uma paulada da polícia e fui para lá (para o HPS)... e eu não fiz nada com a polícia. Só tava com minha cachaça... Apanhei muito mesmo. Fique com sangue pisado no braço porque eu fui me defender do cassetete... achei que tava quebrado, mas não”</p>	<p>para mim.”</p> <p>- Medo de passar mal na rua e não ser socorrido:</p> <p>“Quando eu passo mal na rua, ninguém ajuda, não. Já tive crise (de epilepsia)... quando eu dei por mim... tava no mesmo lugar. Fico com muito medo disso. Ninguém chama nem a ambulância”.</p>	<p>“Umás vezes é droga, né? Outras vezes é cachaça. Mas agora eu estou livre disso. A gente vai... eu acho que vai chegando e amadurecendo depois dos quarenta e cinco... a própria sociedade mostra e vai desviando a gente daquilo”.</p> <p>- Dificuldade em acessar um banheiro:</p> <p>“Outra coisa mais difícil que tem é conseguir água... banheiro...é a coisa mais difícil aqui em Juiz de Fora. Se eles pudesse, eles cortava da gente entrar no banheiro até do supermercado... mas eles não sabe quem é morador de rua e quem não é... aí não tem jeito de cortar, né?Se você é morador de rua... às vezes dá vontade de você urinar, de você ir no banheiro... Olha a dificuldade: tem</p>		<p>que estou na rua. Não falo que durmo no albergue.”</p> <p>- Uso de álcool e tabaco:</p> <p>“O único vício que eu tenho é beber uma pinguinha ,né? Isso também é uma dificuldade da rua: para esquentar do frio tem que ter uma pinguinha... e também um cigarrinho.”</p>	<p>“E tem essas coisas de preconceito.”</p> <p>“É aquela coisa do olhar, né? Eles olham com desprezo. É como se a gente não devesse existir.”</p>	

Núcleo de Sentido	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
				que ficar pedindo e a pessoa ainda nega”.				
Motivos para procurar os serviços de saúde	<p>- Procura os serviços de saúde por causa de inchaço na perna por má circulação e para fazer curativo de uma úlcera na perna.</p> <p>“ ... aí você chegou num ponto da história que é uma peleja. Eu tenho uma doença dessas que passa de pai para filho. É um negócio de má circulação e minha perna às vezes fica do tamanho de um poste. Por causa disso também deu uma ferida na minha perna que nunca melhora. Tá aqui aberta. Eu sempre tenho que fazer curativo (mostrou o curativo na perna). Por causa disso eu sempre tenho que procurar o</p>	<p>- São as outras pessoas que procuram os serviços de saúde por ele:</p> <p>“Nossa... acho que os outros é que procuraram por mim.”</p> <p>- Uso prejudicial de álcool e outras drogas:</p> <p>“Olha... eu sou dependente químico. No CAPS eles tão me ensinando isso. Eu nunca imaginei que ia parar... mas eu vejo gente que conseguiu... então é possível. Vou falar com você que crack tem muito tempo que eu não pego mais não. Mas um baseado não tem jeito... eu não aguento, não. Eu tenho que fumar. Se</p>	<p>- Procura os serviços de saúde em caso de emergência:</p> <p>“Procuo a saúde quando estou com crise (de epilepsia). Mas aí não sou eu que procuro. Quem tá do meu lado é que procura para mim. Chamam o SAMU e eu vou”.</p>	<p>- Procurou os serviços de saúde quando não estava enxergando - realizou uma cirurgia nos olhos (catarata):</p> <p>“Eu operei o olho (por catarata)... eu fiquei sete anos lá (fila para cirurgia eletiva). Inclusive agora vai ficar ruim pro pessoal lá... porque o que aconteceu lá... eu ficar sete anos para operar uma vista! Ficou meio esquisito... porque depois foram descobrir que eles tinham perdido meu documento e depois achou”.</p> <p>- Relata uma bolha de sangue na pálpebra:</p> <p>“Tem outro negócio na vista... que é essa bolota aqui (mostrou uma espécie de bolha de sangue em cima da pálpebra). Semana que vem</p>	<p>- Procurou os serviços de saúde em caso de urgência e emergência:</p> <p>“Por causa de briga de faca eu fui parar no HPS e depois me levaram para um CTI de um hospital. Nem sei de qual hospital.”</p> <p>- Já foi internado por causa da dependência alcoólica:</p> <p>“Eu também já fiquei internado na psiquiatria do HPS por causa do álcool. Também tive internado por causa do álcool no Hospital Esperança e no Aragão (instituições psiquiátricas).”</p>	<p>- Procura os serviços de saúde por quadros de gripe e também por conta do HIV:</p> <p>“Nesse tempo que eu estou na rua eu pego é muita gripe mesmo. Mas é só isso. Olha... eu vou te falar a verdade. Eu também tenho aquela doença... é... HIV, né?”</p>	<p>- Tem dores na coluna, mas não procura os serviços de saúde:</p> <p>“Tem pouco tempo eu tive problema na coluna. Mas eu não procurei serviço de saúde. Eu não procuro, não. Não procurei porque (ficou pensativo)... porque não vai fazer muita diferença, né?”</p>	<p>- Relata quadros de pneumonia, uso prejudicial de álcool e outras drogas e infecção por HIV:</p> <p>“Até hoje eu tive 17 pneumonias e uma tuberculose.”</p> <p>“Olha... mais é por causa das pneumonias e eu sou usuário de droga também, né? Oh... me desculpa. Eu sou dependente químico. Melhor falar assim. E claro, tem o HIV também.”</p>

Núcleo de Sentido	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
	<p>médico. A assistente social daqui do albergue conseguiu que eu fosse no posto para trocar meu curativo. Eu sempre vou. Tenho aquele cartão para pegar ônibus de graça. Aí eu consigo ir.”</p> <p>- Relata problema na coluna:</p> <p>“Além do meu problema na perna, também tenho um problema na coluna. O médico já falou que para melhorar a perna e a dor na coluna eu preciso de fazer repouso. Mas como que eu faço repouso? Eu durmo aqui no albergue e seis horas da manhã já tenho que sair. Fazer repouso na rua? Não tem jeito. É gente pisando em você, é polícia perturbando...”</p>	<p>eu não fumar um baseado e beber uma cachaça, eu vou parar no meio desses caras aqui (apontou pra rua, que tem um ponto de usuários de crack).”</p> <p>- Menciona um problema nos dentes:</p> <p>“Mas além desse problema das drogas, eu tive o negócio dos dentes... que agora é que eu estou começando a arrumar, graças o pessoal aí do albergue que encaminha a gente.”</p> <p>- Relata convulsões:</p> <p>“Eu também já tive muita convulsão por causa de cansaço... essas coisas assim.”</p>		<p>agora eu vou ver se marco com um médico para ver se ele queima isso daqui. Isso aqui é... se queimar com aquele raio laser, eu acho que some isso daqui. Agora... eu fico pensando que o perigoso é se queimar e voltar a catarata... porque eu já não enxergo direito. É só com essa daqui (mostrou o olho esquerdo), mas se ainda dá para fazer meu artesanato... então tá legal.”</p>				

Núcleo de Sentido	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
	achando que você faz besteira... Além disso, eu tenho meu trabalho. Eu tenho que trabalhar.”							
Quando não procura os serviços de saúde	<p>- Tem com frequência dores de cabeça, zumbido no ouvido e tontura, mas não procura os serviços de saúde por estes motivos:</p> <p>“Outra coisa que também sempre dá é dor de cabeça, zumbido no ouvido, tonteira... Às vezes eu acho que vou desmaiar. Já me disseram que pode ser falta de água ou falta de comida. Nesse calor... O calor tá de matar. Não é fácil. Se a gente não come e não bebe água fica complicado...mas também não tem como procurar o médico só por causa disso.”</p>		<p>- Afirma ter dores de cabeça, mas não procura os serviços de saúde por isso.</p> <p>“Eu tenho muita dor de cabeça, mas aí eu nem vou no médico, não. Acho que é por causa da epilepsia... e como o Centro POP e o albergue não tem remédio para... para... A pior coisa que nós tem é dor de cabeça. E num deixa nós tomar qualquer um remédio, entendeu? Eles ficam com o remédio que o médico passou e entrega para nós todo dia. Nem se eu pedir um remédio para dor de cabeça, eles te dão aqui. Só o remédio que o</p>	<p>- É hipertenso, mas não procura ou não tem acesso ao serviço de saúde para acompanhamento de sua doença:</p> <p>“Aí sobre a hipertensão eu queria falar que a gente não é acompanhado pelo médico. Não tem acompanhamento. Já me falaram que essa doença tem que ter consulta sempre... para saber como é que tá... porque tem um monte de outra doença que tá associada a essa aí”.</p>		<p>- Relata ter HIV. Diz que iniciou o tratamento, mas parou.</p> <p>“Eu também já fui no médico do Morro da Glória, onde era o Palácio da Saúde, para cuidar dessa minha doença que eu já falei. Eu tava até tomando o remédio, mas aí eu parei de tomar o remédio também.”</p>	<p>- Procura os serviços de saúde como último recurso:</p> <p>“Mas procurar mesmo é o último recurso que tem. Tudo conforme a situação... se o caso for sério mesmo. Mas essas coisas que a gente sente, tipo dor de cabeça, é coisa pequena para procurar.”</p>	

Núcleo de Sentido	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
			médico passou. Nem se pedir... porque eles ficam com medo.”					
Serviços de saúde procurados; como ocorre seu acesso e como é o atendimento	<p>- Revela que consegue acessar os serviços de saúde, mas afirma ter dificuldades. Procura a atenção primária para trocar seu curativo, por intermédio do albergue e do Centro POP.</p> <p>“Consigo sim (ter acesso aos serviços de saúde)! Claro que para gente que tá na rua é um pouco mais difícil... tem a sua dificuldade... Quem tem casa vai direto no hospital. A gente pode até ir direto, mas o tratamento é diferente. O melhor é procurar primeiro a assistente social do albergue... aí ela consegue consulta para gente no posto</p>	<p>- Revela que, por causa do uso abusivo de álcool e outras drogas, já esteve internado no hospital Ana Nery e em Comunidade Terapêutica:</p> <p>“Por causa das drogas eu já fui pro Ana Nery, já fui para Centro de Recuperação (Comunidade Terapêutica)... Tive várias oportunidades que eu joguei fora. Muitas coisas a gente para lá deixa passar...”</p> <p>- Consegue acessar os serviços de saúde em caso de urgência. Acessa o HPS ou a Regional Leste:</p> <p>“Olha... na hora</p>	<p>- Conta um pouco sobre seu Itinerário de Saúde, utilizando serviços de urgência devido à epilepsia. Nesse itinerário, não revela passagem pela APS e fala sobre seu tratamento no CAPS:</p> <p>“O primeiro médico que eu passei... que eu me lembro... foi ali no morro da Glória, no Palácio da Saúde, ali. Aí depois foi para cima... perto do parque Halfeld ali... como é o nome daquele hospital ali? Eu não lembro direito... Só sei que depois foi pro HPS. Aí depois eu comecei a fazer tratamento no CAPS. Lá eu</p>	<p>- Relata que quando precisa de cuidados não procura diretamente o serviço de saúde, mas o Centro POP ou o albergue: Afirma que quando é levado aos serviços de saúde por uma das duas unidades, é melhor atendido:</p> <p>“Quando eu tenho um problema de saúde... ou eu venho no albergue ou no POP. Eu já venho neles para não ter problema. É o que eu acabei de comentar... se você vai sozinho no hospital, dá sempre problema... sempre! E com eles levando... pode até atender frio, demorar, fazer alguma sacanagem... mas de qualquer jeito tem que atender, né? Tem que dar pelo menos a receita do remédio</p>	<p>- Relata ter sido internado em hospitais psiquiátricos para tratamento da dependência alcoólica, e seu acesso a estes hospitais, foi por meio do HPS (serviço de urgência e emergência):</p> <p>“Olha... quando eu fiquei internado no Hospital Esperança e no Aragão eu fui levado pro HPS primeiro e no caso da fachada eu também fui levado para lá.”</p> <p>- Por medo de tosse persistente, procura a Regional Leste:</p> <p>“Já fui na</p>	<p>- Diz que não procura os serviços de saúde, mas tem acesso ao Consultório na Rua.</p> <p>- Quando o Consultório na Rua ou o albergue agendam consulta para E6 na UBS, ele não comparece:</p> <p>“Eu nem procuro médico, nem procuro nada. Eles do albergue, do Consultório que passa aqui em frente (Consultório na Rua) já arrumaram médico para mim no posto de saúde por causa de gripe, mas eu esqueço.”</p>	<p>- Quando precisa de cuidados não procura diretamente o serviço de saúde, mas o albergue, que agenda consulta na atenção primária:</p> <p>“Eu procuro a assistente social do albergue. Aí sim! Ela costuma ajudar muito. Marca consulta para mim lá no postinho na Vila Ideal.”</p> <p>- Relata preconceito:</p> <p>“Começa no balcão, que tem que perguntar onde a gente mora... aí já viu! Tem</p>	<p>- Quando tem quadros de pneumonia, procura a Regional Leste. Já foi internado no João Penido e no HU:</p> <p>“Com essas 17 pneumonias que eu já tive, já procuro a Regional Leste. Aí eles me internam lá no João Penido. Já fui levado pro HU também.</p> <p>- Fez tratamento do HIV no SAE, entretanto, parou de tomar os medicamentos.</p> <p>“Por causa do HIV eu aparecia lá no SAE. Era para eu estar tomando os remédios até hoje, mas por causa de irresponsabilidade eu parei.”</p> <p>- Às vezes é levado para o HPS por causa do uso</p>

Núcleo de Sentido	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
	<p>de saúde. Se a gente falar no Centro POP, também consegue consultar. Dá para ir por conta própria no posto de saúde? Dá. Mas com recomendação a gente é tratado melhor. Sem recomendação vai depender muito de quem tá atendendo, e tem muita gente nesse mundo que acha que a gente é vagabundo... Aí já viu.</p> <p>A assistente social daqui do albergue conseguiu que eu fosse no Centro Sul (UBS), na Rio Branco, para trocar meu curativo. Eu sempre vou. Tenho aquele cartão para pegar ônibus de graça. Aí eu consigo ir. Também tenho a carteirinha do SUS.”</p>	<p>da urgência, qualquer lugar que vou eu sou atendido. É só chegar na porta do HPS ou da Regional que eles vão me atender. Nunca tive problema para ser atendido, não.”</p> <p>- Já procurou a unidade de urgência HPS por sofrer violência da polícia:</p> <p>“Uma vez também eu levei uma paulada da polícia e fui para lá (HPS)... e eu não fiz nada com a polícia. Só tava com minha cachaca... Apanhei muito mesmo. Fique com sangue pisado no braço porque eu fui me defender do cassetete... achei que tava quebrado, mas não. Deu tipo</p>	<p>conheci minha nova médica. E ela tava me explicando... se eu quisesse... assim... como é que posso explicar... é... se eu quisesse ter uma saúde melhor... assim... quisesse conhecer como que é uma vida melhor... eu não podia beber, não podia usar droga... por causa da epilepsia, entendeu? E muita gente já me explicou isso. Outro dia mesmo eu tive um problema... Nossa... eu quase fiz eles passar aperto... Nem eu gosto de lembrar. Quando eu acordei, já tava dentro do HPS.”</p> <p>- Por causa da epilepsia acessa o HPS. Ou o serviço vai até ele, ou ele pede para ligar para o CAPS.</p>	<p>que você precisa. Agora... você sozinho... falam que você não tem nada... ou fala que não tem médico para te atender... aí você vai fazer o quê? Você fica esperando duas, três horas e perdeu o seu tempo! E a pessoa doente, sentindo alguma coisa, tem que ter atendimento, né? ”</p> <p>- Afirma que o morador de rua não é atendido de maneira adequada pelos serviços de saúde:</p> <p>“Isso daí tem dificuldade... porque... isso daí é bom você explicar sobre o acesso do morador de rua ao serviço de saúde... a gente não é atendido como tem que ser... porque um rapaz nosso... que é morador de rua... teve pneumonia e eles não quiseram ficar com ele no hospital.”</p>	<p>Regional Leste também. Mas lá eu vou quando estou com uma tosse que nunca melhora por causa do tempo frio, né? Aí dá medo de pneumonia, tuberculose... essas coisas.”</p> <p>- Já teve acesso à medicamentos por meio do POP:</p> <p>“Também já precisei pegar medicamento de graça, mas aí eu levo a receita no POP e eles conseguem para mim. Por causa de pneumonia mesmo.</p> <p>- Apesar de afirmar que é atendido pelos serviços de saúde normalmente, relata preconceito:</p>	<p>- Teve acesso ao Hospital Universitário por causa do HIV, através do HPS. De lá foi encaminhado para tratamento no SAE:</p> <p>“Olha... me levaram no HPS e depois no HU uma vez, porque eu tive um caroço na cabeça. É tipo um bichinho por causa dessa doença que eu tenho e que eu já te falei. Lá que descobriram ela. Aí eles me mandaram lá pro Morro da Glória para começar o tratamento.”</p> <p>- Em caso de urgência, foi levado ao HPS:</p> <p>No HPS eu também fiquei outra vez, mas eu fiquei uma semana só. Eu internei num</p>	<p>gente que acha que morador de rua é vagabundo, marginal. Aí o tratamento já fica prejudicado.”</p> <p>- Dificuldade para agendar consulta:</p> <p>“E quando precisa marcar o médico, a gente já tá até melhor quando chega o dia da consulta. É que passa tanto tempo, que quando chega o dia da consulta a gente já tá sem dor. E o que que eu vou fazer lá se eu já melhorei?”</p>	<p>abusivo de álcool e outras drogas:</p> <p>“E também de vez em quando alguém chama o SAMU para mim e eu acordo lá no HPS. Aí já é por causa das drogas mesmo, né?”</p> <p>- Fala do tempo de espera para ser atendido:</p> <p>“A gente fica uma eternidade esperando para ser atendido. Uma vez eu cheguei na Regional Leste 09:00h da manhã. Sabe que horas que eu fui atendido? No outro plantão da noite.”</p> <p>- Aponta a falta de acompanhante como um limitador:</p> <p>“Fora que o fato da gente não ter uma pessoa acompanhando a gente também dificulta as coisas.”</p>

Núcleo de Sentido	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
	<p>- Além da APS, procuratambém a UPA:</p> <p>“Olha... eu te falei que às vezes minha perna fica do tamanho de um poste, né? Aí quando o caso complica, e o posto de saúde que eu faço o curativo não tá aberto, eu vou na UPA. Já fui em Benfica, já fui em São Pedro”.</p> <p>- Ao mesmo tempo que relata ser bem tratado, revela sentir preconceito no olhar das pessoas e medo de encostarem nele:</p> <p>“Acho que sou tratado bem. Tenho que esperar o atendimento como qualquer pessoa. Mas eu não quero passar na frente de ninguém. Quero ser tratado igual</p>	<p>uma bolha gigante de sangue... aqui no braço todo (mostrou a marca no braço). Aí eu cheguei lá no HPS lá.”</p> <p>- Afirma que procura também a Regional Leste e a UPA do bairro Santa Luzia. Apesar de não reclamar da forma como é acolhido nestas unidades, afirma que para as pessoas que não tem nada, o pouco que é oferecido está de bom tamanho:</p> <p>“Já fui também na Regional Leste e na UPA de Santa Luzia. Sempre bem atendido. Não tenho nada que reclamar, não. Para gente que não tem nada, qualquer coisa que dão já é muito bom.”</p>	<p>“Serviço de Saúde? Olha... o negócio é o seguinte... ou eles vêm até nós, ou então eu peço para eles ligar pro CAPS... porque eu faço tratamento no CAPS. Eu tava muito tempo parado, mas agora eu tive que voltar de novo... por causa do meu problema de epilepsia... mas eu não conheço a epilepsia de verdade. O que eu sei é quando eu passo mal mesmo, eu não lembro nada... só sei que eu acordo no HPS. Quando eu vou acordar, eu já estou dentro do hospital.”</p> <p>O CAPS é o que acredita ser sua referência em serviços de saúde. Quando precisa, busca pela unidade. Elogia o serviço:</p>	<p>- Relata que o morador de rua sofre um atendimento diferente, inadequado, desrespeitoso:</p> <p>“Aí na hora que você chega lá no médico e abre a boca para falar que é morador de rua, aí... você vê que esfriou. Aí ele já não te atende direito, manda você embora e pronto. Você percebe a diferença de atendimento na hora. Você percebe que o próprio médico esfriou. Geralmente um colega da rua comenta o que aconteceu com outro... de desrespeito no atendimento do médico... e a gente fica sabendo um monte de caso.”</p>	<p>“Sou atendido normalmente. Nunca tive problema. Só me lembro que já me perguntaram se eu sou morador de rua. Eu sempre prefiro falar que eu durmo no dormitório da prefeitura e não no albergue para evitar o olhar dos outros.”</p> <p>- Aponta que o atendimento está inadequado para toda a população:</p> <p>“Mas eu achei que o tratamento é igual o dos outros. E isso não significa que foi bom. O serviço de saúde está ruim para todos. Para quem é morador de rua e para quem não é. Tem que</p>	<p>domingo e no outro ele deu alta para mim. Foi por causa de briga. Enfiaram um pé de mesa na minha barriga. Aqui (apontou o local e a cicatriz gerada pelo ocorrido).</p> <p>- Acessou a Regional Leste para trocar curativos:</p> <p>“Depois disso fui na Regional para ficar trocando o curativo.”</p> <p>- Relata que foi bem atendido no SAE:</p> <p>“Do Morro da Glória eu não tenho que queixar. Todo mundo bem preocupado com a gente, tratando numa educação. Parece até que não tem diferença da gente ser</p>		<p>- Já sofreu preconceito</p> <p>“É um olhar, é um jeito de falar... eu sinto que é diferente. Enfia a agulha de qualquer jeito, faz curativo de qualquer jeito. É medo da gente. As pessoas tem medo da gente.”</p> <p>- Desconhecimento da rede de atenção à saúde:</p> <p>“Sem contar que a gente é tocado de um lado pro outro. Se a gente vai pro HPS eles mandam procurar a Regional Leste. Se vai para Regional Leste, manda procurar o posto de saúde e a gente não entende porquê. A gente não é berimbau, não!”</p> <p>- Vulnerabilidade no tratamento: aponta inadequação dos tratamentos de saúde quando o</p>

Núcleo de Sentido	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
	<p>todo mundo. Não gosto de reclamar. Então acho que sou muito bem tratado sim. Na medida do possível. Tento relevar algumas coisas... o jeito que as pessoas olham... o medo de encostar na gente... Eu sou gente boa. Prefiro fingir que não estou vendo. É uma luta! A luta sempre continua!"</p> <p>- Sentimento com relação ao tratamento dado pelos profissionais:</p> <p>"Tem uma coisa que eu percebo. Não sei acontece mesmo ou se coisa da minha cabeça... Na carteirinha fica escrito que a gente é morador de rua. Ai parece que as pessoas ficam com medo de atender a gente, medo de</p>	<p>-Ao mesmo tempo que diz ser bem tratado, revela que os profissionais de saúde não se aproximam, não conversam, não tiram suas dúvidas. Sugere que isso ocorre porque ele não tem acompanhante quando vai ao hospital:</p> <p>"Já fui no HPS, na Regional Leste... principalmente quando dá convulsão. Ai eu fico no soro lá...Já fiquei uns quatro dias internado... acho que foi por ai. Isso mesmo. Me trataram bem lá... só que assim... o pessoal só olha a gente em determinado horário...não conversa.. não tira dúvida... só olha mesmo. Às vezes a gente</p>	<p>"Prefiro procurar o CAPS mesmo, porque lá eu sei que eles vão dar um jeito. O CAPS é a melhor coisa... tudo de bom... só eles mesmo."</p>		<p>esperar muito tempo para ser atendido e quando é atendido o médico nem olha para sua cara."</p> <p>- Agradece por pelo menos ser atendido:</p> <p>"Mas a gente tem que agradecer porque pelo menos a gente é atendido."</p>	<p>morador de rua."</p> <p>- Diz ter sido bem atendido no HU e associa o bom atendimento às refeições, ao banho quente e à atenção que recebia dos acadêmicos.</p> <p>"No HU eu até falei com a enfermeira que a minha vontade era ficar lá. Lá tem banho quentinho e tem comida. Café da manhã, almoço e jantar. E tem um monte de aluno da universidade que aparece no quarto para ver como a gente tá."</p> <p>- Relata que no HPS o atendimento é inadequado devido à quantidade de pessoas atendidas:</p>		<p>profissional não entende a realidade do usuário:</p> <p>"Teve uma vez... (ficou pensativo)...que eu tava era com suspeita de tuberculose. Falaram para eu ir para casa me tratar. Me deram a receita e eu peguei os medicamentos. Para casa? Vê se pode? Eu falei com a doutora que meu caso até podia não ser grave, não ser tuberculose... mas se eu voltasse para rua, iria agravar. Época de frio, né? Fora que como eu não tinha jeito de guardar os remédios, eu poderia até perder."</p> <p>- Elogia o atendimento no SAE:</p> <p>"No SAE é que eu era bem tratado. Nunca tive problema lá, não."</p>

Núcleo de Sentido	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
	<p>encostar. Até parece que eu tenho alguma coisa contagiosa. O médico já me disse que não é contagioso. As pessoas evitam de olhar na nossa cara. É muito esquisito. Eu penso que mesmo se fosse contagioso eles deveriam cuidar da gente como cuidam de qualquer um. Eles são profissionais e isso faz parte da profissão, né? Tem gente que é muito boa, muito legal. Mas tem gente que nem olha na nossa cara. Será que é medo da doença ou da pobreza? Pobreza também não pega, não! (Riu de forma estranha, como se risse para disfarçar o incômodo que sentiu ao ouvir as palavras que pronunciou).”</p>	<p>quer perguntar alguma coisa e nem consegue. Mas eles me trataram muito bem. Isso deve ser porque eles tem muito trabalho e a gente não tem nenhum parente acompanhando para correr atrás deles e saber notícia.”</p> <p>- Também é atendido pelo CAPS e elogia o serviço.</p> <p>“O atendimento no SUS também em questão de psicologia sempre me agradou. O pessoal do CAPS ajuda muito. Tem vez que eu vou lá todo dia. Conheço muito o pessoal lá.”</p> <p>- já foi atendido pelo Consultório na Rua, em frente ao albergue e faz</p>				<p>“Agora... no HPS eu acho que é muita gente para ser atendido e a gente não tem a atenção que merece, não.”</p> <p>- Relata situação de preconceito:</p> <p>“As pessoas nem olham para nossa cara. Tá certo que eu cheguei lá todo sujo, sem camisa de bermuda e chinelo. Devia estar com cheiro da cachaça. Mas podiam pelo menos olhar para minha cara.”</p>		<p>A gente sai da consulta e já pega o remédio lá mesmo.”</p>

Núcleo de Sentido	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
		<p>elogios à equipe. Comenta sobre a frequência da passagem do Consultório na Rua ao albergue: toda segunda-feira:</p> <p>“Tem também o Consultório de Rua que vem aqui na porta toda segunda e também é muito legal... o pessoal é muito gente boa. Muita gente legal que só incentiva mesmo.”</p>						
Dificuldades no acesso	<p>- Percebe que quando chega ao serviço de saúde acompanhado de alguém do Centro POP é melhor atendido que quando chega sozinho:</p> <p>“Quando a gente chega no médico na Kombi do pessoal que atende na rua, ou no carro do Centro POP, a gente é atendido melhor. Pode</p>	<p>- Tem dificuldade para marcar consulta na APS, por causa da necessidade de comprovar a residência. Além disso, há apenas uma UBS responsável pelo atendimento d a população em situação de rua no município.</p> <p>“Pois é... Sabe uma coisa que falta muito na saúde? É o</p>	<p>- Dificuldade para conseguir atendimento sem a mediação do Centro POP e do albergue:</p> <p>“No início eu tava tendo... na rua... Eu passava mal sozinho... aí é muito difícil. Agora eu não estou tendo dificuldade, não. Eu sei que tudo dá certo quando o pessoal do Centro POP e do</p>	<p>- Aponta a dificuldade de ter acompanhamento médico por não conseguir agendar as consultas:</p> <p>“Aí sobre a hipertensão eu queria falar que a gente não é acompanhado pelo médico. Não tem acompanhamento... é difícil marcar médico sempre... dá muita dor de cabeça. Já me falaram que essa</p>	<p>- Relata preconceito ao manifestar que ao dar entrada no serviço de saúde prefere dizer que dorme em dormitório da prefeitura, que dizer a palavra albergue:</p> <p>“Eu vou te falar a verdade: quando eu preciso me apresentar eu</p>	<p>- Não tem dificuldades para agendar as consultas no SAE e para adquirir os medicamentos para o HIV:</p> <p>“ Olha... lá no Morro da Glória já tem meu nome lá. Aí eu chego lá, dou meu nome, falo o nome do meu médico, e dependendo atende é no</p>	<p>- Dificuldade de procurar os serviços de saúde sem a mediação do Centro POP.</p> <p>“Procurar o serviço de saúde é mais difícil. Se a gente tiver com o pessoal da abordagem é mais fácil.”</p> <p>- Relata que o atendimento</p>	<p>- Fala da demora para conseguir consulta pelo SAE:</p> <p>“Olha...no SAE eu conseguia o remédio. Às vezes demorava para conseguir marcar. Quando a demanda tá muito grande eles demoram um pouco para chamar.”</p>

Núcleo de Sentido	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
	<p>demorar, mas o pessoal faz exame, faz tudo. Isso porque o Centro POP vai cobrar o atendimento completo. Mas se a gente chega sozinho... o negócio é diferente. Eles só dão uma olhadinha, passa uma receitinha e manda embora. Nem explica nada direito. Agora já tá um pouco diferente comigo. Eu já chego nos lugares e o pessoal já me conhece. É porque eu tenho que trocar o curativo a cada dois dias. E todo mundo sabe que eu tenho o suporte do pessoal do Centro POP, da assistente social daqui. Aí eu sou tratado direitinho. Serviço Completo!”</p>	<p>pessoal passar aqui no albergue, na rua, marcando consulta para gente. É difícil marcar a consulta. Nunca tem vaga. Uma coisa é você passar mal e ir pro HPS... outra coisa é você tá com alguma dúvida de saúde e não conseguir conversar com o médico. Acho que ia ser legal o pessoal da saúde juntar um dia pra marcar pra gente. Tem o pessoal de bairro nos postos de saúde, certo? Mas é difícil marcar porque fala que tem que comprovar que mora no bairro do posto... mas a gente mora na rua, né? Não tem como comprovar. Tem um posto de saúde que</p>	<p>albergue me ajuda. Se não fosse eles... eu nunca que ia conseguir médico. Como eu sei que agora eu mesmo quero me tratar... eu sei que agora dia três... eu sei que eu tenho uma consulta para mim, entendeu? E eu não posso ficar sem receita... porque eu preciso da receita para pegar meu remédio. Que uma coisa que eu não posso ficar, é sem meu remédio.”</p> <p>- Dificuldades para conseguir medicamentos, devido à necessidade de receita e documentação:</p> <p>“Para pegar medicamento é que é muita dor de cabeça. Precisa da receita e do documento, né?”</p>	<p>doença tem que ter consulta sempre... para saber como é que tá... porque tem um monte de outra doença que tá associada a essa aí.”</p> <p>- Relata dificuldade no acesso por falta de documentação.</p> <p>“Você nota que o acesso é difícil porque você chega lá... você tá sem documento... conversa... aí dependendo muito eles te deixam ir pro médico.”</p>	<p>falo que eu durmo no dormitório da prefeitura, como eu te disse. Eu não falo a palavra albergue. Só falo dormitório da prefeitura e explico que tem horário de chegar e horário para sair.”</p> <p>- Aponta os horários de entrada e saída do albergue como dificuldade para a procura pelos serviços de saúde:</p> <p>“Para quem é morador de rua tem o problema de ficar esperando atendimento e perder a hora de voltar pro albergue... aí você não pode entrar. O horário tem que ser certinho.”</p>	<p>mesmo dia. Ele me dá a receita e eu pego o remédio lá mesmo.”</p> <p>- Aponta vulnerabilidade no tratamento, com ações que desconsideram as condições sócio, econômica, cultural do indivíduo:</p> <p>“Eu parei de tomar o remédio mesmo porque dá uma tontura... eu fico meio com sono... baqueado. O médico falou que era assim. Mas é perigoso ficar na rua desse jeito. Eu tomava e tinha que ficar deitado.”</p>	<p>depende do profissional e revela situação de preconceito:</p> <p>“Existe profissional e profissional. Tem profissional que trata a gente como gente e tem profissional que trata a gente como lixo. Sempre depende.”</p>	

Núcleo de Sentido	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
		<p>marca para gente... lá na Vila Ideal. Mas é um só para um tanto de gente. É importante fazer uma revisão da saúde... olhar o pé da gente. Tem dia que eu olho meu pé e de tanto andar fica descascando, cheio de ferida, mas eu não sei o que é isso... aí é bom uma consulta, entendeu?"</p>	<p>Aí com esse meu problema da epilepsia... às vezes eu acordo e num estou com o documento. Na rua também a gente perde... Às vezes quando eu estou na rua dá uns problema assim de perder documento. É dor de cabeça..."</p>		<p>- Aponta que a ausência de moradia é uma dificuldade no momento da alta hospitalar, apontando vulnerabilidade no tratamento – ações que desconsideram as condições sócio, econômica, cultural do indivíduo:</p> <p>“Olha... quando eu fiquei no CTI por causa da briga, para sair do hospital é que foi uma confusão. Eu não tinha ninguém e como que eles iriam me deixar voltar para rua daquele jeito? No próprio hospital me perguntaram umas coisas e foram procurando minha família. Aí uma colega minha da</p>			

Núcleo de Sentido	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
					época que eu ainda morava com meu pai ficou sabendo da minha situação e me deixou ficar um tempo no barraco dela.”			
Percepção sobre o direito à saúde	<p>- Relata a necessidade de visibilidade:</p> <p>“Eu não sou invisível. A gente não é invisível... só que tem um monte de gente que não vê a gente. Mas tinha que ter alguém para olhar para nossa situação”</p> <p>- Demonstra buscar alguns serviços essenciais:</p> <p>“Eu não quero ficar reclamando. Não gosto de reclamar. Pode ver que eu estou sempre correndo atrás. Tenho o meu cartão para pegar o ônibus sem pagar porque eu corri atrás. Consigo</p>	<p>- Fala da necessidade de instrumentalizar a população em situação de rua para entender sobre sua saúde e também para que haja ciência de seus direitos.</p> <p>“Também ia ser legal entregar umas apostilas pro pessoal ficando lendo, explicando umas coisas aí... sobre doenças... sobre os direitos que nós tem... Aí a gente vai aprendendo... Eu sou um que quero.”</p>		<p>Fala sobre a necessidade de igualdade no acesso:</p> <p>“Porque um “rapaz nosso... que é morador de rua... teve pneumonia e eles não quiseram ficar com ele no hospital. Agora... você pensa bem... isso é uma espécie de problema que arrumaram para ele. Se fosse eu... eu apelava para um jornal, rádio e televisão. Isso não pode acontecer... porque é ser humano como qualquer outro. Aí eu não sei o que que aconteceu com ele... porque ele sumiu. Então para mim o assunto acabou porque ele sumiu.”</p>			<p>- Aponta a necessidade das pessoas em situação de rua serem olhadas pelo Estado e também sobre o direito de falar sobre as necessidades para que haja mudanças:</p> <p>“Se ninguém olhar para gente, não tem como melhorar, né? É só a gente falando mesmo pras pessoas saberem a real situação. É... a gente tem que poder falar!”</p>	<p>- Aponta a necessidade dos governantes olharem mais para o setor saúde:</p> <p>“A saúde de um modo geral tá um absurdo, mas tá um absurdo mesmo. Você paga o seu imposto, você tem seus direitos. Eu acho isso muito absurdo: você ficar esperando um atendimento na saúde... é muito tempo. E a doença não espera. E a morte também não. Ela não espera, não. Ela chega e chega com pressão. Ela não quer saber se é novo, se é velho, se é rico, se é criança, se é milionário, se é mendigo... (ficou</p>

Núcleo de Sentido	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
	meu curativo na perna porque eu fui atrás da assistente social“ (Demonstra a busca por serviços essenciais: transporte, saúde).			- Aponta sobre o aspecto universal do direito à saúde: “Assim como eu respeito o direito deles, eles também tem que respeitar o nosso, né? A saúde é direito e felizmente é para todos. Os médicos... às vezes querem ganhar um burro dum dinheiro e fica reclamando de atender a gente. A gente sabe que eles ganha o dinheiro mesmo se atender mal. E ganha muito dinheiro... suficiente, né? Então a gente não entende porque eles fazem essas coisas.”				pensativo)... não... mendigo, não. Morador em situação de rua. A morte não quer saber de ninguém, não. Quando ela bate, não adianta, não. E com doença a gente não brinca. O que eu acho é que o governo tinha que olhar mais para saúde, porque no Brasil inteiro ela tá precária. E sem saúde ninguém trabalha.”
Síntese Vertical	- Já passou pela Febem e ao sair seus vínculos familiares estava rompidos . Estes são os motivos para estar em situação de rua. Vende balas e picolés para sobreviver . - Aponta como dificuldades da	- Passou por uma fragilização dos seus vínculos familiares, após perda da esposa (separação). Depois disso, passou por uma instituição de Regime de Reclusão e	- Seus vínculos familiares são frágeis. Não conheceu os pais, vivendo com a avó. Após se envolver com drogas, deixou a casa da avó e passou a morar na rua. - Relata como dificuldades que	- Foi para a rua depois de uma briga com a esposa . Com seus laços familiares rompidos, passou por Regime de Reclusão . Agora vive na rua, fabrica e vende artesanato como forma de sobrevivência . - Das dificuldades que interferem na	- Foi para a rua por fragilidade dos laços familiares. Aponta brigas com a madrasta como o principal motivo para estar em situação de rua. Além disso, revela o uso	- Saiu de casa por brigas com a esposa , resultando em ruptura dos vínculos familiares. - Como dificuldades de viver na rua que interferem na saúde relata ter medo de sofrer	- Saiu de casa por problemas familiares – discussão com os irmãos. - Sobre as dificuldades de viver na rua que interferem na saúde relata a fome , o frio , a chuva , as	- Saiu de casa por causa do uso de drogas, infecção por HIV e brigas com a esposa . - Das dificuldades encontradas na rua que interferem na saúde menciona o frio , o uso de drogas para dar a sensação de aquecimento do

Núcleo de Sentido	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
	<p>vivência nas ruas que interferem na saúde a pouca disponibilidade de água potável, a alimentação incerta, a dificuldade para realizar higiene pessoal e o preconceito.</p> <p>- Procura os serviços de saúde para cuidar do inchaço e de uma úlcera na perna, por má circulação; por causa de dores na coluna. Apesar de citar dores de cabeça, zumbido no ouvido e tontura, não procura os serviços de saúde por conta destes problemas.</p> <p>- Os serviços de saúde que procura são: APS, para realizar o curativo da sua úlcera e UPA, mas procura sempre a mediação do albergue ou do Centro POP para acessar a rede.</p> <p>- Diz ser bem atendido,</p>	<p>relata envolvimento com drogas.</p> <p>Fez curso de garçom e auxiliar de cozinha, mas está sem emprego atualmente.</p> <p>- Demonstra sentimento de culpa pela morte de sua mãe.</p> <p>- Apresenta também discurso religioso, demonstrando sentimento de segurança e suporte através da religiosidade.</p> <p>- As dificuldades que percebe nas ruas são: o preconceito e a desigualdade, a tristeza, a dificuldade para entrar no mercado de trabalho e a vulnerabilidade à violência.</p> <p>- Procura os serviços de saúde por causa da dependência química, por</p>	<p>interferem na relação entre a rua o fato de viver com epilepsia.</p> <p>Fala do uso abusivo de álcool e outras drogas e da interação entre as drogas e seu medicamento.</p> <p>Relata também o medo de passar mal na rua e não ser socorrido.</p> <p>- Procura os serviços de saúde apenas em caso de urgência, entretanto não procura espontaneamente.</p> <p>Diz que sente dores de cabeça e acha que pode ser por causa da epilepsia, mas não procura os serviços de saúde por isso.</p> <p>- Relata que não procura os serviços de saúde espontaneamente, mas é encaminhado quando tem episódios de epilepsia.</p> <p>- Frequenta o CAPS e recorre a ele quando passa</p>	<p>saúde estão o trabalho, que envolve carregar um carrinha pesado ao longo do dia, com variações climáticas, na sua idade; a distância percorrida entre os serviços de assistência; a vulnerabilidade à violência; o envolvimento com o abuso de álcool e outras drogas; e água potável e banheiro.</p> <p>- Procurou os serviços de saúde quando não estava enxergando bem.</p> <p>Relata ser hipertenso, mas apesar de citar este fato, diz que não realiza acompanhamento.</p> <p>- Relata que quando precisa de cuidados não procura diretamente o serviço de saúde, mas primeiro o Centro POP ou o albergue. Relata o preconceito nos atendimentos; fala de atendimento inadequado e</p>	<p>abusivo de álcool.</p> <p>- Atualmente realiza trabalhos informais e para tentar sua inserção no mercado de trabalho formalizado, distribuiu currículos.</p> <p>- Observa que o preconceito, a fome, a sede e as mudanças climáticas (frio e chuva) são dificuldades vivenciadas na rua que interferem na sua saúde.</p> <p>- Procurou os serviços de saúde em caso de urgência e emergência, por ferir-se em uma briga e também por conta da dependência alcoólica.</p> <p>- Já foi internado em hospitais psiquiátricos (Casa de Saúde</p>	<p>violência. Já passou fome e frio. Relembra situações em que sofreu preconceito.</p> <p>Revela que esconde que é morador de rua para diminuir o preconceito.</p> <p>Aponta o uso de álcool e tabaco.</p> <p>- Procura os serviços de saúde quando está gripado e também por conta do HIV.</p> <p>- Conta que iniciou o tratamento para o HIV, mas parou.</p> <p>- Tem acesso aos serviços de saúde por meio do Consultório na Rua, mas não comparece às consultas agendadas. Já acessou ao Hospital Universitário, encaminhado pelo HPS, por causa do HIV. De lá foi encaminhado para tratamento</p>	<p>preocupações com o dia seguinte (ansiedade) e o preconceito.</p> <p>- Tem dores na coluna, mas não procura os serviços de saúde.</p> <p>- Procura os serviços de saúde como último recurso.</p> <p>- Quando precisa de cuidados não procura diretamente o serviço de saúde, mas o albergue, que agenda consulta na atenção primária.</p> <p>Relata preconceito e dificuldade para agendar consulta.</p> <p>- Encontra dificuldade em procurar os serviços de saúde sem a mediação do Centro POP.</p> <p>Relata que o</p>	<p>corpo e vulnerabilidade à violência.</p> <p>- Relata ter sofrido por pneumonia, uso abusivo de álcool e outras drogas e infecção por HIV.</p> <p>- Quando tem quadros de pneumonia, procura a Regional Leste. Já foi internado no Hospital Dr. João Penido e no Hospital Universitário. Fez tratamento do HIV no SAE, entretanto, parou de tomar os medicamentos. Às vezes é levado para o HPS por causa da dependência química. Sobre o atendimento nos serviços de saúde, aponta a demora. Aponta a falta de acompanhante como um limitador no atendimento.</p> <p>Revela ter sofrido preconceito. Desconhecimento da rede de atenção à saúde.</p>

Núcleo de Sentido	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
	<p>entretanto aponta o preconceito sofrido nos serviços de saúde. Como dificuldades para o acesso aos serviços de saúde, relata que percebe uma diferença de tratamento quando chega acompanhado do Centro POP, sendo melhor atendido. Assim, a dificuldade é quando não tem acompanhante.</p> <p>- Aponta para a necessidade de ter visibilidade e demonstra buscar alguns serviços essenciais, como transporte e os serviços de saúde.</p>	<p>problemas nos dentes e por causa de crises convulsivas.</p> <p>- Consegue acessar os serviços de saúde em caso de urgência. Já foi atendido pelo HPS. Pela Regional Leste e pela UPA. Já foi internado, por causa do uso prejudicial de álcool e outras drogas, no hospital Ana Nery Faz tratamento no CAPS e também é atendido pelo Consultório na Rua. Quando tem alguma urgência, é levado ao HPS, à UPA e à Regional Leste.</p> <p>- Conta ser bem tratado nos serviços de saúde, entretanto, apresenta fatos que retratam uma prestação de serviços aquém do que deveria ser.</p>	<p>por alguma urgência médica. Tem o CAPS como seu serviço de saúde de referência. Sempre que tem algum problema, pede para ligar para o CAPS. A unidade de emergência que acessa é o HPS.</p> <p>– Aponta que tem dificuldade em conseguir ir ao médico sem a mediação do Centro POP e do albergue. Fala das dificuldades para conseguir medicamentos, devido à necessidade de renovação da receita e necessidade de documentação.</p>	<p>desrespeitoso.</p> <p>- Como dificuldades para o acesso aos serviços de saúde, aponta a necessidade de apresentar documentação</p> <p>- Ressalta que a saúde é direito de todos, e cita a necessidade cumprimento do fundamento da igualdade.</p>	<p>Esperança e Hospital Aragão Villar) para tratamento da dependência alcoólica. Seu acesso a estes hospitais, foi por meio do HPS (serviço de urgência e emergência). Quando tem tosse persistente, procura a Regional Leste. Quando necessita acessar medicamentos, procura o Centro POP. Afirmou ser atendido normalmente pelos serviços de saúde normalmente, entretanto relata situações de preconceito. Percebe que o atendimento está inadequado para toda a população. Manifesta agradecimento</p>	<p>no SAE. Em caso de urgência, é levado ao HPS. Para troca de curativos já acessou a Regional Leste. Afirmo que foi bem atendido no SAE. Diz ter sido bem atendido no HU e associa o bom atendimento às refeições, ao banho quente e à atenção que recebia dos acadêmicos. Relata que no HPS o atendimento é inadequado devido à quantidade de pessoas atendidas e aponta situação de preconceito.</p> <p>- Não tem dificuldades para agendar as consultas no SAE e para adquirir os medicamentos para o HIV. Aponta vulnerabilidade</p>	<p>atendimento depende do profissional e revela situação de preconceito.</p> <p>- Aponta a necessidade das pessoas em situação de rua serem olhadas pelo Estado e também sobre o direito de falar sobre as necessidades para que haja mudanças.</p>	<p>Aponta para a vulnerabilidade no tratamento quando o profissional não entende a realidade do usuário. Elogia o atendimento no SAE.</p> <p>- Sobre as dificuldades no acesso, fala da demora para conseguir consulta pelo SAE.</p> <p>- Aponta a necessidade dos governantes olharem mais para o setor saúde.</p>

Núcleo de Sentido	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
		<p>- Aponta a dificuldade para agendar consultas. Fala da necessidade de comprovar residência para o atendimento nas UBS e da existência de apenas uma UBS para atender a população em situação de rua.</p> <p>- Coloca a importância de instrumentalizar a população em situação de rua para que haja ciência das questões relativas à saúde e aos direitos</p>			<p>por pelo menos ser atendido.</p> <p>- Percebe preconceito nos serviços de saúde e relata que os horários de entrada e saída do albergue dificultam a procura pelos serviços de saúde. Além disso, aponta a vulnerabilidade no tratamento, com ações que desconsideram as condições sócio, econômica, cultural do indivíduo.</p>	<p>no tratamento, com ações que desconsideram as condições sócio, econômica, cultural do indivíduo.</p>		

Núcleo de Sentido	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16
<p>Motivo propulsor para estar em situação de rua</p>	<p>- Uso de drogas e brigas familiares:</p> <p>“Só que começou o problema de drogas... aí já viu. Era muita discussão. Aí eu preferi vir para rua.”</p>	<p>- Sem vínculo familiar. Foi abandonado com 2 anos de idade e foi cuidado pelo juizado de menores:</p> <p>“Eu fui abandonado</p>	<p>- Passagem por instituição de regime de reclusão:</p> <p>“O negócio é que eu tive um problema com a justiça e acabei sendo preso, entendeu?”</p>	<p>- Fragilidade dos laços familiares:</p> <p>“A família perdeu o núcleo. E o papai ficou desgostoso com aquilo e ficou bebendo mais. Aí só dava confusão.”</p>	<p>- Envolvimento com drogas e rompimento dos vínculos familiares:</p> <p>“Eu vou te falar a verdade. Na época eu estava nas drogas. Eu tava no vício das</p>	<p>- Término do casamento:</p> <p>“Eu fui casado com uma esposa lá. Não deu certo... aí eu vim para cá. Mas aí eu tive dificuldade para conseguir</p>	<p>- Término do casamento:</p> <p>“Eu fui despejada. É que eu morava num apartamento daquele do ‘Minha Casa, Minha Vida’. Só</p>	<p>- Teve sua casa invadida:</p> <p>“Aí uma família invadiu a minha casa. Aí eu entrei na justiça para ter a reintegração de posse e poder voltar para lá.”</p>

Núcleo de Sentido	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16
		<p>com dois anos de idade. Ai eu fiquei nas mãos do juiz da infância e juventude.”</p> <p>- Não teve convívio com familiares:</p> <p>“Eu não sei o que é família. eu nunca tive um convívio com ninguém. Eu não sei quem é meu pai, minha mãe, meus tios, minhas tias, meus sobrinhos, se eu tiver. Eu não conheço nada disso.”</p>			<p>drogas.”</p> <p>“Eu perdi tudo... perdi minha casa, perdi minha esposa.”</p>	<p>trabalho.”</p>	<p>que lá era invadido. Eu terminei com o meu marido... aí eu fiquei sem moradia e fiquei sabendo desse apartamento vazio. Fui e invadi. Mas a federal descobriu e me tirou de lá.”</p>	<p>“Até conseguir ela de volta eu estou morando na rua.”</p>
<p>Estratégias para a sobrevivência</p>		<p>- Desenvolve trabalho artesanal:</p> <p>“Olha... o que eu faço hoje é trabalho artesanal. Eu faço uma pecinha aqui, outra ali.”</p>	<p>- Trabalha catando latinhas:</p> <p>“Eu tenho minhas correrias, mas é trabalho... pego uma latinha aqui, outra ali. Com os trocados dá para comprar uma coisinha... não to atrapalhando</p>	<p>- Trabalha como catador de papel para não ter que depender totalmente de doações ou dos equipamentos sociais do município:</p> <p>“Hoje eu continuo com o meu carrinho, catando papel e ganhando meus trocados</p>	<p>- Deseja conseguir um emprego. Já enviou seu currículo para restaurantes e supermercados:</p> <p>“Eu fiz uns currículos... enviei para restaurantes, supermercados... para ver o que é que dá.”</p>	<p>- É catador de papel:</p> <p>“Consegui com um carrinho de reciclagem para pegar papel.”</p>		

Núcleo de Sentido	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16
			ninguém em nada, entendeu?”	para não ter que depender tanto dos outros.”				
Dificuldades da vivência na rua que interferem na saúde	<p>- Dificuldade financeira e dificuldade de entrar no mercado de trabalho:</p> <p>“Uma dificuldade é a financeira, né? Não estou trabalhando... é difícil arrumar emprego direitinho e não tenho benefício. Aí é aquilo... a gente quer comer uma coisa gostosa, quer beber um negócio específico e não pode.”</p> <p>- Não ter onde ficar durante o dia:</p> <p>“Dormir no albergue ainda é bom, mas a gente tem que sair bem cedo, aí tem que ficar perambulando pela rua. A gente fica andando na rua por aí, já que não tem outro lugar para ficar.”</p>	<p>- Aponta a necessidade de dormir no albergue, mas relata a falta de liberdade:</p> <p>“Olha... aqui eu não tenho liberdade. Aqui é bom para dormir... mas por exemplo: eu quero ir em uma festa junina... há quantos anos que eu não vejo isso. Para ver, eu tenho que dormir na rua, igual no meu passado.”</p> <p>- Mudanças climáticas (frio):</p> <p>“Por exemplo, nesse frio... eu estou no albergue, né? Aqui tem cama, aqui tem banho. Mas eu já dormi na rua. Já dormi na beira da linha do trem. Já</p>	<p>- Conta que não se permite passar por dificuldade:</p> <p>“Olha... nunca tive dificuldade, não. Eu não posso fazer isso comigo, não. Eu andar na rua não significa que eu tenho que andar sujo, passar fome...”</p> <p>- Menciona o frio:</p> <p>“Agora... nessa friagem é que é danado ficar na rua. O corpo fica até dolorido de tanto que a gente se encolhe.”</p>	<p>- Já passou fome:</p> <p>“Para ser sincero com você, eu já passei fome. Cheguei a passar mesmo. É fome e é vontade de comer.”</p>	<p>- Dificuldades para frequentar alguns espaços sociais:</p> <p>“O que eu queria muito era conseguir frequentar um supermercado, uma padaria. Às vezes a gente nem consegue entrar. E quando entra, logo chega o segurança para tirar a gente.”</p> <p>- Vulnerabilidade à violência:</p> <p>“Fora isso, dormir na rua hoje em dia é muito perigoso.”</p> <p>- Dificuldade para conseguir um emprego devido a aparência:</p> <p>“E conseguir um trabalho direitinho também é difícil. Eu quero é trabalhar. Às vezes a gente quer ir</p>	<p>- Dificuldade para entrar no mercado formal de trabalho devido à falta de estudos e preconceito:</p> <p>“Agora... para ter carteira assinada é que a gente não consegue. Até para trabalhar em estoque de mercado tá difícil. É aquele negócio: não tem estudo e as pessoas tem um pouco de medo da gente. Acham que a gente pode roubar alguma coisa... sei lá.”</p> <p>- Uso de álcool:</p> <p>“Outra coisa é a bebida. A gente tem que beber. Não até cair. Isso não! Mas a bebida ajuda muito.”</p> <p>- Frio:</p>	<p>- Distanciamento da família:</p> <p>“mais é tristeza com a família. Eu tenho mãe e ela não quis me acolher.”</p> <p>“Quando eu mais precisei a família toda me virou as costas.”</p> <p>- Sofreu violência sexual:</p> <p>“Aqui na rua eu também fui abusada. Nem lembro a cara do homem. Não quero lembrar. Só lembro que era nojento. E foi assim que meu último filho veio pro mundo.”</p> <p>- Fome e frio:</p> <p>“No início eu passei muita fome e muito frio mesmo. Quando eu vim</p>	<p>- Vulnerabilidade à violência: física e sexual:</p> <p>“As pessoas gostam muito de bater na gente. Sai empurrando, chutando. E tem aquele medo de ser morta, de ser linchada, assassinada... estuprada.”</p> <p>- Sentimento de falta de proteção por parte do Estado:</p> <p>“Aí não tem como falar para polícia... porque eles acham que a culpa é da gente mesmo.”</p> <p>- Drogas:</p> <p>“Muita droga, muito crime, muito tudo!”</p>

Núcleo de Sentido	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16
	<p>- Relata que já passou fome, mas hoje procura os equipamentos de desenvolvimento social do município:</p> <p>“Fome eu já passei, mas hoje eu não passo mais porque o POP dá o ticket pro Restaurante Popular. É isso. 17:00h eu venho para cá, janto, tomo banho. E é isso.”</p>	<p>passei muito frio.”</p> <p>- Fome, sede e dificuldade financeira:</p> <p>“Mas também já passei sede, já passei fome. Não tinha dinheiro para andar pela cidade de ônibus.”</p> <p>- Preconceito:</p> <p>“Porque é claro que tem gente que acha que a gente é vagabundo, mas o que importa é o que eu acho. Às vezes o que a gente mais precisa não é comida, não é dinheiro... essas coisas assim. Às vezes o que a gente mais precisa é respeito.”</p>			<p>arrumadinho para levar o currículo na empresa, mas a gente não tem nem roupa para entrevista de emprego. Fora que eu estou sem meus dentes... e isso é feio para entrevista, né? Ninguém quer contratar alguém que não tem uma boa aparência.”</p>	<p>“Nesse tempo assim tem também o frio, né? Aí tem que ter um cobertor. Se não tiver, aí você pega uma pneumonia... pega tuberculose.”</p> <p>- Vulnerabilidade à violência:</p> <p>“Às vezes você tá dormindo... aí passa um cara doidão... e nem é morador de rua, viu? Vem em grupo de três, quatro... faz covardia, te bota fogo...”</p>	<p>para rua era inverno.”</p> <p>- Falta de compaixão e preconceito:</p> <p>“Além disso, as pessoas olham e não tem muita compaixão. Sei lá o que elas pensam. Sei lá se elas acham que a gente é vagabundo.”</p>	
Motivos para procurar os serviços de saúde	<p>- Relata que tem epilepsia e já teve tuberculose:</p> <p>“Eu tenho</p>	<p>- Procurou os serviços de saúde por causa de uma dor nos rins:</p>	<p>- Faz checkup todos os anos. Tem dependência de álcool e já teve</p>	<p>- Já procurou o serviço de saúde por febre e dor no corpo. Estava com pneumonia:</p>	<p>- Menciona o uso prejudicial de álcool e outras drogas e ressalta que tem a</p>	<p>- Menciona a dependência alcoólica, pneumonia, tuberculose e</p>	<p>- Procurou o serviço de saúde por causa da gravidez:</p>	<p>- Procurou o serviço de saúde quando suspeitou de câncer de ovário:</p>

Núcleo de Sentido	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16
	<p>problema de epilepsia... aí de vez em quando eu passo mal. Já tive muita crise.”</p> <p>“Eu também já tive tuberculose.”</p>	<p>“Teve uma vez que eu tive que procurar por causa de uma dor aqui... nos rins.”</p>	<p>problemas no pâncreas e fígado.</p> <p>“Eu faço meu checkup todo ano.”</p> <p>“Na verdade, eu andei bebendo bastante e isso afetou meu pâncreas e meu fígado. Por isso que eu procuro o checkup. Mas faz parte.”</p>	<p>“Tava com muita febre e o corpo doendo. Era pneumonia. Mas graças a Deus eu estou melhorando.”</p> <p>- Já foi levado ao serviço de saúde por ter desmaiado por conta de uma pancreatite, devido ao uso abusivo de álcool:</p> <p>“Eu também já fui parar na Regional Leste. Até fiquei internado. Foi por causa de álcool. Bebida. Eu tava muito bêbado, alcoolizado, não tava comendo direito. Fiquei muito fraco e desmaiei. Acordei na Regional Leste. Eu tava com pancreatite.”</p>	<p>necessidade de arrumar seus dentes:</p> <p>“Fui é usuário de outras drogas, né? Mas eu nunca fui usuário de remédio e nem sou. Uma necessidade que eu estou passando é essa aqui. (Colocou a mão na boca). Esse negócio dos dentes. É difícil para comer, é difícil até para falar.”</p>	<p>ressalta problemas de visão:</p> <p>“Tem esse negócio do alcoolismo. Também já tive pneumonia e tuberculose. Mas o que tá pegando agora é a visão.”</p>	<p>“Nesse tempo que eu estou na rua foi só a gravidez mesmo.”</p>	<p>“Ah... eu estava com uns medos aí uns meses atrás... achando que eu estava com câncer de ovário.”</p>
Quando não procura os serviços de saúde		<p>- Não procura os serviços de saúde quando acha o motivo que julga simplório:</p> <p>“Olha... eu não procuro por</p>			<p>- Não procura os serviços de saúde por sintomas que não interferem nas atividades cotidianas:</p> <p>“Olha...nesse tempo que eu</p>		<p>- Não procura o serviço quando está doente, com gripe e dor nas costas:</p> <p>“Já tive gripe, dor nas costas, mas nunca fui</p>	

Núcleo de Sentido	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16
		bobeira, não. Mas teve uma vez quase procurei por causa de uma dor aqui... nas costas. Eu acho que é isso mesmo. Mas aí eu desisti. Me disseram que podia ser rins.”			estou na rua, graças a Deus nunca precisei, não. É o que eu disse... eu não vou procurar serviço de saúde por causa de uma tosse. Isso é bobeira. Ainda mais a gente que pega friagem toda hora... fica gripado e tossindo mesmo. Isso é normal.”		no médico por causa disso, não.”	
Serviços de saúde procurados; como ocorre seu acesso e como é o atendimento	<p>- Procura o CAPS para tratamento da epilepsia. Quando tem crise, é levado pelo SAMU ao HPS ou à Regional Leste:</p> <p>“Eu faço tratamento da epilepsia no CAPS, que o albergue conseguiu para mim. Já fui de SAMU pro HPS por causa da epilepsia. Uma vez eu acordei na Regional também.”</p> <p>- Já teve tuberculose e</p>	<p>- Relata apenas procurar a Regional Leste:</p> <p>“Eu fui é na Regional Leste.”</p> <p>- Conta que não foi mal atendido, mas destaca a demora no atendimento:</p> <p>“Não fui mal atendido, não. Mas foi é demorado.”</p> <p>- Menciona despreparo no atendimento, com falta de compostura profissional:</p>	<p>- Procura o Consultório na Rua, que encaminha para o HU ou para o PAM Andradas, onde faz exames de rotina.</p> <p>“Meus exames eu faço tudo no HU. Tudo no HU. As meninas do Consultório (na Rua) conseguem para mim lá ou no PAM Andradas.”</p> <p>- Acessa o HPS através do SAMU, quando faz uso abusivo de álcool.</p>	<p>- Quando precisa, procura os serviços de porta aberta – as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) Leste e Norte.</p> <p>“Nessa última vez eu fui lá em Benfica. Na UPA, né? Mas eu fui lá porque eu achei que seria atendido mais rápido. Eu fui primeiro na Leste e não tinha médico. Aí para não esperar, fui para Benfica.”</p> <p>“Eu também já fui parar na Regional Leste. Até fiquei</p>	<p>- Não acessa os serviços de saúde:</p> <p>“Olha...nesse tempo que eu estou na rua, graças a Deus nunca precisei, não. É o que eu disse... eu não vou procurar serviço de saúde por causa de uma tosse. Isso é bobeira.”</p>	<p>- Procura a UPA Leste, que já o encaminhou para internação no Hospital Doutor João Penido:</p> <p>“Eu já fui internado no João Penido por causa de tuberculose. Me tratei seis meses. A Regional que conseguiu para mim.”</p> <p>- Acessa o Consultório na Rua, que encaminha para a atenção secundária, no</p>	<p>- Procurou a UPA Leste quando suspeitou da gravidez:</p> <p>“Um dia eu desmaiei na rua e não era a primeira vez. Eu vivia com mal-estar, um calorão, enjoo. Eu resisti, mas fui na Regional Leste. Eu já tive filho oito vezes, né?”</p> <p>- Não buscou acompanhamento durante a gravidez:</p> <p>“A médica falou que eu devia</p>	<p>- Procura a UPA Leste, e quando pedem para procurar uma UBS não sabe onde ir:</p> <p>“Procuro a Regional Leste, mas aí eles querem que eu vá pro posto de saúde... aí já viu! Que posto que eu vou procurar?”</p> <p>- Relata demora para o atendimento, mas diz ter sido bem atendida:</p> <p>“Na Regional eu sou atendida</p>

Núcleo de Sentido	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16
	<p>procurou a Regional Leste:</p> <p>“Por causa da tuberculose eu também fui para Regional e fui tratado lá mesmo.”</p> <p>- Apesar de dizer que é bem atendido, aponta a demora para o atendimento e menciona dificuldade em obter atenção:</p> <p>O problema é só a demora. É só a demora. No mais... eles tratam a gente bem. Eu vou reclamar? De jeito nenhum. É que tem muita gente, né? Aí é difícil dar atenção para todo mundo.”</p> <p>- Elogia o atendimento no CAPS:</p> <p>“Mas geralmente meu compromisso é no CAPS. Aí lá</p>	<p>“O médico tava discutindo com uma enfermeira... e fumando... e a enfermeira chorando. Aí eu pensei: “se esse médico tá discutindo com a enfermeira, quando for a minha vez dele atender, vai sobrar pra mim. Eu tô fora!”</p>	<p>“Agora no HPS eu vou de vez em quando. Vou quando eu tomo umas cachaças. Chego de SAMU.”</p> <p>- Conta ser bem atendido nos serviços de saúde e que o atendimento será bom ou ruim é a pessoa que está no serviço:</p> <p>" Olha... sempre me atenderam. Nunca tive problema. Comigo, não. Infelizmente é relativo o trabalho de cada um.”</p>	<p>internado. Foi por causa de álcool. Bebida.”</p> <p>- Diz que é bem atendido nos serviços de saúde:</p> <p>“Olha... eu sou sempre bem atendido. Eu tenho muito jeito para lidar com as pessoas.”</p> <p>- Relata preconceito:</p> <p>“O que falta é as pessoas estarem mais abertas para conhecerem a realidade das outras. Tem que entender que existe diferença no mundo, mas tem que tratar todos os seres humanos como seres humanos.”</p>		<p>caso do problema de visão:</p> <p>“Agora, sobre a minha visão... as meninas do consultório na rua vão marcar para mim.”</p> <p>- Quando tem necessidades de saúde, prefere recorrer aos equipamentos sociais (Pequeninos de Jesus e Centro POP) ao invés dos serviços de saúde:</p> <p>“Mas quando eu preciso para qualquer necessidade eu vou nos Pequeninos de Jesus, que tem uma assistente social bacana, que ajuda muito a gente. Também vou no POP.”</p> <p>- Acessa o HPS através do SAMU quando</p>	<p>procurar o posto de saúde, porque podia ser gravidez e eu tinha que ser acompanhada lá. Mas não procurei nada.”</p> <p>- Passou mal na rua e acordou na maternidade. Foi levada pelo SAMU:</p> <p>“Nessas semanas aí eu passei muito mal e quando eu acordei já tava na maternidade, já tinha ganhado o neném. Fui de resgate.”</p> <p>- Relata ter sido atendida com normalidade:</p> <p>“Fui tratada normal. Não tenho muito que reclamar.”</p>	<p>muito bem. Eu sempre consigo ser atendida lá. Demora um pouco, mas tem que ter paciência.”</p> <p>- Relata ter recebido diagnóstico sem que o médico a tivesse encostado:</p> <p>“Mas uma vez eu fui lá e a médica já veio com o diagnóstico sem nem me tocar! Nem me tocou, não!”</p>

Núcleo de Sentido	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16
	<p>como é agendado não dá problema, não. Lá eu não tenho nada que reclamar, não.”</p>					<p>faz uso abusivo de álcool.</p> <p>“Agora... no HPS eu apareço lá de vez em quando desmaiado por causa da bebedeira mesmo. É que a gente bebe cachaça, mas tá de estômago vazio e não aguenta, desmaia. Aí o SAMU leva.”</p> <p>- Aponta que o atendimento é demorado e inadequado, e aponta que o usuário tem que se conformar:</p> <p>“Então a gente tem que aceitar o atendimento que vier, do jeito que vier. Antes o que tem do que nada, não é mesmo? Aí a gente abaixa a cabeça, enfrenta a demora, enfrenta mal</p>		

Núcleo de Sentido	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16
						<p>humor, enfrenta atendimento de três minutos. É isso aí.”</p> <p>- Menciona que existe dificuldades para os profissionais de saúde:</p> <p>Mas para quem tá ali trabalhando também deve ser difícil trabalhar nas condições que tem. A gente tem que ver os dois lados.”</p> <p>- Relata preconceito:</p> <p>“Uma vez eu cheguei na UPA e alguém falou que eu era morador de rua, aí o médico me perguntou se eu era mesmo morador de rua e eu disse que sim. Vou mentir? Claro</p>		

Núcleo de Sentido	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16
						que não. Eu sou mesmo. O médico só perguntou o que eu tava sentindo e mandou eu ir embora. Disse que não era nada, não. Não examinou, não pediu exame. Foi só na palavra mesmo.”		
Dificuldades no acesso	<p>- Conseguir medicamento, devido à própria indisponibilidade do medicamento e também pela ausência do Cartão SUS:</p> <p>“Ah... dificuldade é conseguir o remédio para epilepsia. Quando tem o remédio ainda tá bom. Mas quando não tem eu fico com muita crise. E para pegar tem que ficar explicando que eu sou morador de rua... toda vez é uma ladainha... porque a gente</p>	<p>- Demonstra a insuficiência da promoção da saúde e prevenção das doenças, evidenciando a falta de acesso à APS:</p> <p>“Olha... tem esse pessoal que vem aqui na frente do albergue para examinar... eles dão vacina e tudo, mas eu é que não quero tomar vacina... porque não é eficaz. Ao invés de melhorar deixa é a gente doente.”</p>	<p>- Nunca teve dificuldades para acessar os serviços de saúde e aponta que sempre que precisa, o Consultório na Rua auxilia:</p> <p>“Não tenho dificuldade não. Como eu disse, quando eu preciso, o consultório das meninas arranja tudo para mim... é consulta, é remédio. Nunca tive dificuldade. Isso não.”</p>	<p>- Aponta dificuldades em conseguir medicamentos por falta de documentação. Ressalta que o albergue auxilia nesta questão quando necessário:</p> <p>“Estou desde o dia que eu fui no médico sem a receita. Eu não estou com meus documentos. Aí é mais difícil pegar. Deixei a receita com a assistente social do albergue e ela vai arrumar para mim.”</p> <p>- Relata uma</p>	<p>- Diz que o serviço de saúde seria mais procurado se não houvesse tantas dificuldades:</p> <p>“Olha... eu acho que se não tivesse dificuldade, a gente iria procurar mais os serviços de saúde. É igual essa questão dos meus dentes. Eu acho que eu tenho que usar dentadura, mas é um empurra empurra que ninguém quer tratar da gente.”</p> <p>- Fala de</p>	<p>- Dificuldades de acesso aos medicamentos:</p> <p>“Olha... remédio é difícil pegar... muitas vezes não tem os remédios pelo SUS, né?</p> <p>- Prescrição de medicamentos que não estão na lista do município:</p> <p>“Aí às vezes o médico passa remédio caro, remédio que o SUS nem dá. Já me falaram isso uma vez que eu fui</p>	<p>- Número de vagas para atendimento da população em situação de rua na APS (2 vagas por semana):</p> <p>“Eu sei que quando as pessoas precisam de alguma coisa, o pessoal da saúde que passa aqui em frente de carro consegue vaga. Mas eu sei também que demora muito. Já ouvi dizer que no posto de saúde são só duas vagas por semana para</p>	<p>- Dificuldade para marcar especialista, marcar consulta de retorno:</p> <p>“é difícil para marcar consulta, para marcar retorno...”</p> <p>- Não sabe qual UBS acessar:</p> <p>“e assim... eles mandam eu caçar o posto do meu bairro. E qual que é o posto do meu bairro? Não tem, né? Porque eu estou na rua!”</p>

Núcleo de Sentido	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16
	perde aquele Cartão do SUS.”	<p>- Menciona a burocracia e a demora para os atendimentos e a falta de tato dos profissionais no trato com os usuários:</p> <p>“Acho que dificuldade mesmo é a demora, a burocracia, a cara amarrada da pessoas... porque aí se a gente tem uma coisa que acha que é bobeira, nem procura o médico para não ter que passar pela burocracia toda, para não levar o pato!”</p>		<p>situação de preconceito:</p> <p>“Aí liguei pro SAMU para ir atender ele, né? Aí eles pedem nome, endereço. Quando eu falei que a gente era morador de rua, queriam saber se ele tava bêbado. Se ele tá bêbado ou não, isso não é o problema. O problema é que ele tá precisando de socorro. Isso é preconceito.”</p>	<p>preconceito e sente-se constrangido ao dizer nos serviços de saúde que está em situação de rua:</p> <p>“É muita ladainha... toda hora tem que explicar que é morador de rua e aí é que tem constrangimento. Ou a pessoa fica te olhando com arrogância ou com medo ou com pena. E tudo isso é ruim.”</p>	pedir... que aquele remédio que o médico passou não era da tal lista do SUS.”	<p>gente...”</p> <p>- Falta de acompanhante:</p> <p>“Uma outra coisa é que como a gente não tem acompanhante esse pessoal que trabalha na saúde não sabe muito o que fazer com a gente, ficam com medo de dar alta... igual aconteceu comigo quando ganhei o neném.”</p>	
Percepção sobre o direito à saúde		<p>- Consciência da situação do país e tem uma crítica da distribuição econômica e social no Brasil:</p> <p>“Agora... eu não posso dizer que eu já passei fome, fome mesmo, porque para</p>		<p>- Demonstra consciência dos seus direitos e busca auxílio para colocar seus direitos em prática, quando necessário:</p> <p>“Tive que ir na Ouvidoria. Depois procurei o promotor de justiça na defensoria</p>				<p>- SUS aparece no discurso como ferramenta do direito universal à saúde:</p> <p>“o SUS tem um lado bom. Isso não tem como negar. Se não tivesse o SUS, o que que a gente iria arranjar? Sem dinheiro...”</p>

Núcleo de Sentido	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16
		mim fome é o que eles passam na África, né? Aqui no Brasil tem é fartura, nem que seja na lixeira do rico. O problema é que é mal distribuído, mal organizado.”		pública. Eu não tenho muito estudo, mas de uma coisa eu sei: dos meus direitos. Isso eu aprendi na vida, aprendi também nos livros.”				sem saúde...” “O SUS não é de graça, não. A gente também paga. Ele tá funcionando por causa do imposto e todo mundo paga imposto. Até numa balinha que eu compro ali na esquina tem uma parte do dinheiro que vai pro governo.”
Síntese Vertical	<ul style="list-style-type: none"> - Foi para a rua por uso de drogas e brigas com a esposa. - Das dificuldades encontradas na rua que interferem na saúde menciona a financeira, a dificuldade de entrar no mercado de trabalho, o fato de não ter onde ficar durante o dia e a fome. Hoje procura os equipamentos de desenvolvimento social do município para se alimentar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Foi abandonado com 2 anos de idade, sendo cuidado pelo juizado de menores. Não tem contato com familiares. - Desenvolve trabalho artesanal. - Das dificuldades encontradas na rua que interferem na saúde menciona a falta de liberdade no albergue, frio, fome, sede, dificuldade 	<ul style="list-style-type: none"> - Foi para a rua após passagem por instituição de regime de reclusão. - Trabalha catando latinhas. - Conta que não se permite passar por dificuldade. Menciona o frio como dificuldade que interfere na saúde. - Faz checkup todos os anos. Tem dependência de álcool e já teve problemas no pâncreas e 	<ul style="list-style-type: none"> - Saiu de casa devido a fragilidade dos laços familiares (falecimento da mãe e alcoolismo do pai). - Trabalha como catador de papel para não ter que depender totalmente de doações ou dos equipamentos sociais do município. - Já passou fome. - Já procurou o serviço de saúde por febre e dor no corpo. Estava com pneumonia. Já foi levado ao serviço 	<ul style="list-style-type: none"> - Saiu de casa devido o uso de drogas e rompimento dos laços familiares (brigas com a esposa). - Deseja conseguir um emprego. Já enviou seu currículo para restaurantes e supermercados. - Sente dificuldades para frequentar alguns espaços sociais, como padarias e supermercados. Outras dificuldades por viver na rua 	<ul style="list-style-type: none"> - Saiu de casa devido ao término do casamento e desemprego. - É catador de papel. - Sente dificuldade para entrar no mercado formal de trabalho devido à falta de estudos e preconceito. Outras dificuldades encontradas na vivência na rua são: o uso de álcool, o frio, vulnerabilidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Saiu de casa devido ao término do casamento. - Das dificuldades encontradas na vivência na rua que interferem na saúde menciona o distanciamento da família. Já sofreu violência sexual. Também já passou fome e frio. Fala também da falta de compaixão e do preconceito. - Procurou o serviço de saúde por causa da gravidez. 	<ul style="list-style-type: none"> - Foi para a rua porque teve sua casa invadida e aguarda reintegração de posse. - Das dificuldades encontradas na vivência na rua que interferem na saúde menciona a vulnerabilidade à violência: física e sexual, o sentimento de falta de proteção por parte do Estado e as drogas. - Procurou o serviço de saúde quando

Núcleo de Sentido	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16
	<p>- Relata que tem epilepsia e já teve tuberculose.</p> <p>- Procura o CAPS para tratamento da epilepsia. Quando tem crise, é levado pelo SAMU ao HPS ou à Regional Leste. Elogia o atendimento no CAPS.</p> <p>- Menciona dificuldades para conseguir medicamento, devido à própria indisponibilidade do medicamento e também pela ausência do Cartão SUS.</p>	<p>financeira e preconceito.</p> <p>- Procurou os serviços de saúde por causa de uma dor nos rins.</p> <p>- Não procura os serviços de saúde quando acha o motivo que julga simplório.</p> <p>- Relata apenas procurar a Regional Leste. Conta que não foi mal atendido, mas destaca a demora no atendimento. Menciona despreparo no atendimento, com falta de postura profissional.</p> <p>- Demonstra a insuficiência da promoção da saúde e prevenção das doenças, evidenciando a falta de acesso à APS.</p> <p>Menciona a burocracia e a demora para os atendimentos e</p>	<p>figado.</p> <p>- Procura o Consultório na Rua, que encaminha para o HU ou para o PAM Andradas, onde faz exames de rotina. Acessa o HPS através do SAMU, quando faz uso abusivo de álcool. Conta ser bem atendido nos serviços de saúde e que o atendimento será bom ou ruim é a pessoa que está no serviço.</p> <p>- Nunca teve dificuldades para acessar os serviços de saúde e aponta que sempre que precisa, o Consultório na Rua auxilia.</p>	<p>de saúde por ter desmaiado por conta de uma pancreatite, devido ao uso abusivo de álcool.</p> <p>- Quando precisa, procura os serviços de porta aberta – as Unidades de Pronto Atendimento (UPA Leste e Norte). É bem atendido nos serviços de saúde. Relata preconceito.</p> <p>- Aponta dificuldades em conseguir medicamentos por falta de documentação. Ressalta que o albergue auxilia nesta questão quando necessário. Relata uma situação de preconceito no acesso.</p> <p>- Demonstra consciência dos seus direitos e busca auxílio para colocar seus direitos em prática, quando necessário.</p>	<p>aparecem: vulnerabilidade à violência, dificuldade para entrar no mercado de trabalho devido a aparência.</p> <p>- Sobre os motivos para procurar pelos serviços de saúde, menciona o uso prejudicial de álcool e outras drogas e ressalta que tem a necessidade de arrumar seus dentes.</p> <p>- Não procura os serviços de saúde por sintomas que não interferem nas atividades cotidianas. Relata tosse.</p> <p>- Não acessa os serviços de saúde.</p> <p>- Diz que o serviço de saúde seria mais procurado se não houvesse tanta burocracia. Fala de preconceito e diz sentir-se constrangido ao ter que dizer nos serviços de saúde que está em</p>	<p>à violência.</p> <p>- Sobre os motivos para procurar pelos serviços de saúde, menciona a dependência alcoólica, pneumonia, tuberculose e ressalta problemas de visão.</p> <p>- Já acessou a UPA Leste, o HPS e o Hospital Dr. João Penido. Já utilizou o serviço do SAMU e do Consultório na Rua. Quando tem uma necessidade de saúde prefere acessar os equipamentos sociais: a Obra Social Pequenininhos de Jesus e o Centro POP. Aponta que o atendimento é demorado e inadequado, e aponta que o usuário tem que se</p>	<p>- Não procura o serviço quando está doente, com gripe e dor nas costas.</p> <p>- Procurou a UPA Leste quando suspeitou da gravidez. Não buscou acompanhamento durante a gravidez. Passou mal na rua e acordou na maternidade. Foi levada pelo SAMU. Relata ter sido atendida com normalidade.</p> <p>- Sobre as dificuldades no acesso aos serviços de saúde aponta o número de vagas para atendimento da população em situação de rua na APS (2 vagas por semana) e falta de acompanhante.</p>	<p>suspeitou de câncer de ovário.</p> <p>- Procura a UPA Leste, e quando pedem para procurar uma UBS não sabe onde ir. - Relata demora para o atendimento, mas diz ter sido bem atendida. - Relata ter recebido diagnóstico sem que o médico a tivesse encostado.</p> <p>- Percebe dificuldade para marcar especialista, marcar consulta de retorno. Não sabe qual UBS acessar.</p> <p>- SUS aparece no discurso como ferramenta do direito universal à saúde.</p>

Núcleo de Sentido	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16
		<p>a falta de tato dos profissionais no trato com os usuários.</p> <p>- Possui consciência da situação do país e tem uma crítica da distribuição econômica e social no Brasil.</p>			<p>situação de rua.</p>	<p>conformar.</p> <p>Menciona que existe dificuldades para os profissionais de saúde.</p> <p>Relata preconceito.</p> <p>- Aborda a dificuldade de acesso aos medicamentos e a prescrição de medicamentos que não estão na lista do município.</p>		

Núcleo de Sentido	E17	E18	E19	E20	Síntese Horizontal
<p>Motivo propulsor para estar em situação de rua</p>	<p>- Uso prejudicial de álcool e outras drogas após fim de relacionamento:</p> <p>“Acabei conhecendo as drogas por causa de um fim de relacionamento e estou assim...”</p>	<p>- Uso prejudicial de álcool e outras drogas e afastamento familiar:</p> <p>“Eu usava drogas e meus irmãos não queriam deixar eu morar mais com eles.”</p>	<p>- Perda dos pais e fragilidade de laços familiares:</p> <p>“Tudo começou porque meus pais faleceram. Os dois. Aí falaram para eu morar com a minha irmã. Ela era maior de idade, mas era muito nova... ela não tinha</p>	<p>- Envolvimento com o crack:</p> <p>“Eu me envolvi com o crack. Estava na época do TCC. Outras pessoas da minha sala usavam para ficarem mais ligadas. Eu tinha muita pressão e comecei a usar.”</p>	<p>A maioria dos participantes da pesquisa vivenciaram rupturas ou fragilidade dos vínculos familiares, revelando brigas com familiares:</p> <ul style="list-style-type: none"> - E1 relata que após passagem pela Febem sua família não o acolheu. - E2, E14 e E15 relatam separação da esposa. - E4, E6, E8, E9 e E13 saíram de casa após brigas com suas esposas. - E5 saiu de casa devido briga com sua madrasta. - E7 e E18 foram para a rua após brigas com os irmãos. - E19 saiu de casa após falecimento dos pai e E12 devido ao falecimento da mãe e alcoolismo do pai. - E3 não conheceu os pais. Viveu com a avó e foi para a rua após

Núcleo de Sentido	E17	E18	E19	E20	Síntese Horizontal
	na rua e no vício. Eu apanhava dele todo dia, mas tinha medo de deixar. Aí ele é que me deixou. Mas eu vim para rua é mesmo por causa das drogas.”		responsabilidade para cuidar de criança.”		<p>seu falecimento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - E8 aponta que a descoberta da infecção por HIV culminou em brigas com a esposa. - E10 não possui vínculo familiar. Foi abandonado pelos pais com 2 anos de idade e cuidado pelo juizado de menores. <p>Além de E1, também tiveram passagem por instituição de regime de reclusão E2, E4 e E11.</p> <p>Apresentaram envolvimento com álcool e outras drogas E2, E3, E5, E8, E9, E13, E17, E18 e E20.</p> <p>E16 teve sua casa invadida e aguarda a reintegração de posse.</p>
Estratégias para a sobrevivência					<p>Alguns dos participantes realizam trabalhos informais para sobreviverem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - E1 vende balas e picolés. - E4 e E10 trabalham com artesanato. - E5 faz “biscatinhos”. - E11 é catador de latinhas. - E12 e E14 trabalham como catadores de papel. <p>Busca por qualificação: E2 fez curso de garçom e auxiliar de cozinha.</p> <p>E5 e E13 já distribuíram currículos na tentativa de conseguirem um trabalho formalizado.</p> <p>Não citaram: E3; E6; E7; E8; E9; E10; E15; E16; E17; E18; E19; E20</p>
Dificuldades da vivência na rua que interferem na saúde	<p>- Vulnerabilidade à violência física e sexual:</p> <p>“Então dificuldade é o medo de ser vítima, de ser mais um corpo encontrado no rio Paraibuna ou estribuchado na calçada.”</p>	<p>- Vulnerabilidade à violência, preconceito e discriminação:</p> <p>“Eu já apanhei na rua. Um homem veio atrás de mim... eu não fiz nada para ele... não dei bola... aí ele me chamou de sapatão e</p>	<p>- Mudanças climáticas – frio, chuva:</p> <p>“Então se faz frio, a gente passa frio. Se chove a gente fica toda molhada.”</p> <p>- Dormir na rua e a dificuldade de preservação de pertences, como cobertor e roupa:</p>	<p>- Higiene pessoal – época da menstruação:</p> <p>“Eu acho que uma dificuldade para gente que é mulher é a questão da higiene. Eu estou falando de menstruação mesmo. Às vezes a gente não</p>	<p>Foram relatadas as seguintes dificuldades encontradas na vivência na rua que interferem na saúde:</p> <p>Dificuldades relacionadas às necessidades básicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sede: relatada por E1, E5, E10, E18 - Fome: relatada por E1, E5, E6, E7, E9, E10, E12, E15, E18. - Dificuldade em acessar um banheiro: mencionada por E4 - Realizar higiene pessoal: mencionada por E1 e E20. <p>E20 destaca que para as mulheres a dificuldade está também na época da menstruação por não terem absorventes íntimos, não terem roupas para trocar ou local para tomar banho.</p>

Núcleo de Sentido	E17	E18	E19	E20	Síntese Horizontal
	<p>“E a gente que é mulher tem que ter mais medo porque pode ter violência por causa de sexo também.”</p>	<p>depois me bateu... me deu um tapa muito forte na cara e me deu chute... eu caí no chão e ele continuou chutando.”</p> <p>- Envolvimento com drogas:</p> <p>“Outro problema da rua é a questão da droga. Quanto mais tempo a gente fica na rua, mais difícil é parar.”</p> <p>- Fome e sede:</p> <p>“Eu também já passei fome e sede.”</p> <p>- Medo de sofrer violência sexual:</p> <p>“Outra questão é o medo da violência sexual. Acontece com mulheres e com os homens gays.”</p>	<p>“Se a gente tem um cobertor, quando chove não tem mais. A roupa do corpo fica molhada.”</p> <p>- Adoecimento:</p> <p>“A gente pega doença mesmo.”</p> <p>- Vulnerabilidade à violência física e sexual:</p> <p>“Arrumei até um namorado na rua! Mas ele me batia muito e eu tive que fugir dele.”</p> <p>“quantas vezes eu abri as pernas para homem obrigada.”</p>	<p>consegue comparar absorvente...”</p> <p>- Higiene pessoal - não ter roupa para trocar ou local para tomar banho:</p> <p>“E aí às vezes não tem roupa para trocar... não tem lugar para tomar banho.”</p> <p>- Dormir no chão:</p> <p>“Além disso, o corpo dói muito. Dormir no chão faz isso com a gente.”</p> <p>- Frio e chuva:</p> <p>“Eu já peguei pneumonia por causa do frio, da chuva.”</p> <p>- Depressão:</p> <p>“Na verdade eu estava com muita depressão... Tentei entrar na linha do trem uma vez. Mas aí me agarraram para eu não pular.”</p> <p>- Vulnerabilidade à</p>	<p>Dificuldades relacionadas às mudanças climáticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relatam já terem passado frio: E5, E6, E7, E8, E10, E11, E14, E15, E19 e E20. - Apontam a chuva como dificuldade: E5, E7, E19 e E20. <p>Dificuldades psicossociais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vivência de preconceito por E1, E2, E5, E6, E7, E10, E14, E15 e E18 - Sentimento de constrangimento: E6 esconde que está em situação de rua para não sofrer preconceito - Desigualdade: E2 - Tristeza: E2 - Preocupações com o dia de amanhã: E7 aponta ansiedade/angústia. - Dificuldades para frequentar alguns espaços sociais, como mercados e padarias relatadas por E13. - Distanciamento da família apontado por E15 - Falta de compaixão identificada por E15 - Discriminação vivenciada por E18 - Depressão citada por E20 - Uso de álcool e outras drogas relatado por E4, E6, E8, E14, E16, E18. <p>- Dificuldades para entrar no mercado de trabalho apontadas por E2, E9, - E13 e E14, que apontam a aparência e o cheiro como fatores dificultadores para conseguirem um emprego.</p> <p>- Dificuldade financeira é relatada por E9 e E10.</p> <p>E4 aponta a vulnerabilidade no trabalho informal. Fala sobre carregar seu carrinho para catar papel enfrentando chuva e sol, às vezes descalço.</p> <p>Vulnerabilidade à violência física e sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - E2, E4, E6, E8, E13, E14, E16, E17, E18, E19, E20 manifestam o medo de sofrerem violência física, sendo que E2, E18, E19 e E20 já sofreram. - Todas as mulheres entrevistadas (E15, E16, E17, E18, E19, E20) manifestaram o medo de sofrerem violência sexual, sendo que E15, E18 e E19 já foram vítimas de tal violência e E20 já foi ameaçada de estupro.

Núcleo de Sentido	E17	E18	E19	E20	Síntese Horizontal
				<p>violência – física e sexual:</p> <p>“Eu apanho muito na rua também. Já me cortaram com vidro Já me ameaçaram de estupro também.”</p>	<p>- E15 ressalta a falta de proteção por parte do Estado.</p> <p>Dificuldades de não se ter o mínimo de conforto que uma casa pode proporcionar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não ter onde ficar durante o dia é relatado por E9. - Dormir no chão é apontado por E19 e E20. - Dificuldade de preservação de pertences, como cobertor e roupa: E19 <p>Dificuldades com a saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - E3 fala da sua vivência na rua com epilepsia. - E3 também menciona a relação entre o abuso de álcool e drogas e o medicamento que necessita tomar. - E3 ainda manifesta seu medo de passar mal na rua e não ser socorrido. <p>Dificuldades em relação aos equipamentos sociais do município:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distância percorrida para acessar os serviços de assistência: E4 - Falta de liberdade no albergue: E10
<p>Motivos para procuraros serviços de saúde</p>	<p>- Relata suspeita de pressão alta – sente dor de cabeça, tontura, paralisia:</p> <p>“uma dor de cabeça, tontura... o corpo ruim... dá uma paralisia... tipo pressão alta.”</p> <p>- Manifesta vontade de fazer um preventivo, mas não sabe como proceder, onde deve ir.</p> <p>“Às vezes eu</p>	<p>- Procurou os serviços de saúde por causa do uso abusivo de álcool e outras drogas e infecção por HIV:</p> <p>“Eu já tive que ser internada né? Fui parar no Ana Nery por causa de drogas... porque eu estava usando muita droga. Foi lá que eu descobri que eu tinha pegado... HIV.”</p> <p>- Transtorno Bipolar:</p>	<p>- Procurou os serviços de saúde por pneumonia e tuberculose:</p> <p>“Todo ano me dá pneumonia. Além disso eu estou com tuberculose hoje em dia.”</p> <p>- Tem anemia falciforme:</p> <p>“Além disso, eu tenho anemia falciforme.”</p>	<p>- Já procurou o serviço de saúde por pneumonia e uso prejudicial de álcool e outras drogas:</p> <p>“O que eu já tive foi a pneumonia. Fizeram o exame de escarro, mas viram que era só pneumonia mesmo. Acharam que era tuberculose, mas não. Graças a Deus. Mas eu também faço tratamento da dependência no CAPS.”</p>	<p>- Os serviços de saúde são procurados em situações que interferem no dia-a-dia das ruas, como o caso da do inchaço, da úlcera na perna (E1), problema na coluna (E1 e E7), por causa do problema nos dentes (E2 e E13), dor nos rins (E10) e a baixa de visão (E4 e E14).</p> <p>- A procura também se dá por conta do uso prejudicial de álcool e outras drogas seja para o tratamento ou para o momento de crise: E2, E5, E8, E13, E14, E17, E18, E20.</p> <p>- Outras necessidades de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Epilepsia: E2, E3 e E9. E2 e E3 relatam que quem procura o serviço para eles são os outros e não eles. - Gripe: E6 - Infecção por HIV: E6, E8, E18 - Pneumonia: E8, E12, E14, E19, E20 - Problemas no pâncreas e no fígado associados ao uso abusivo de álcool: E11, E12. - Tuberculose: E14, E19 - E16 suspeita estar com câncer de ovário. - E17 suspeita estar com pressão alta. - E18 tem Transtorno Bipolar. - E19 tem Anemia falciforme

Núcleo de Sentido	E17	E18	E19	E20	Síntese Horizontal
	<p>tenho vontade de fazer um preventivo... essas coisas. Mas eu não sei direito como fazer.”</p> <p>- Realizo uso prejudicial de álcool e outras drogas:</p> <p>“Mas eu já precisei ir no serviço de saúde por causa da dependência.”</p>	<p>“Eu tenho que te falar que eu também tenho depressão e transtorno bipolar.”</p>			<p>- Briga de faca: E5</p> <p>- Necessidade de realizar curativo: E1</p> <p>- E11 já procurou os serviços de saúde para realizar checkup.</p> <p>- E15 procurou os serviços de saúde devido a gravidez.</p> <p>- E17 sente vontade de fazer preventivo, mas não sabe como proceder, qual serviço de saúde procurar.</p>
<p>Quando não procura os serviços de saúde</p>			<p>- Não faz o acompanhamento da anemia falciforme:</p> <p>“Para anemia falciforme eu não faço o tratamento direito e também não procuro o serviço de saúde por causa disso, não.”</p>		<p>- Os serviços de saúde não são procurados em situações agudas, julgadas como simplórias para provocar o movimento de procura dos serviços, como dores de cabeça (E1 e E3), tontura (E1), zumbido nos ouvidos (E1), dores nas costas (E15), tosse (E10 e E10), gripe (E15).</p> <p>- Em relação às doenças crônicas, E4 relata ser hipertenso, mas não é acompanhado. E6 tem infecção por HIV, mas parou o tratamento e E19 tem anemia falciforme, mas também não faz o tratamento.</p> <p>E7 revela que procura os serviços de saúde apenas como último recurso.</p>
<p>Serviços de saúde procurados; como ocorre seu acesso e como é o atendimento</p>	<p>- Serviços de saúde procurados são o HPS – através do SAMU, UPA Leste, Consultório na Rua e CAPS:</p> <p>“Eu já parei muito no HPS</p>	<p>- Quando está em episódio de crise por uso abusivo de álcool e outras drogas é levada ao HPS pelo SAMU:</p> <p>“Por causa das drogas eu já fui levada pro HPS... alguém chamou o</p>	<p>- Em caso de necessidade de saúde sempre procura o Consultório na Rua:</p> <p>“Para mim... tudo que eu tenho eu procuro o Consultório na Rua.”</p> <p>- Por causa da</p>	<p>- Quando precisa dos serviços de saúde, procura o Consultório na Rua:</p> <p>“Quando eu precisei procurei o consultório de rua mesmo.”</p> <p>-Consultório na rua</p>	<p>- A Atenção Primária à Saúde(UBS Vila Ideal) é acessada por intermédio do albergue, do Centro POP ou do Consultório na Rua: E1 (para troca de curativos), E7 (como último recurso, em caso de tosse), E19 (suspeita de tuberculose).</p> <p>- Atenção Secundária</p> <p>O CAPS já foi acessado por E2, E3, E9, E17, E18, E20.</p> <p>O SAE já foi acessado por E6, E8, E18, para o tratamento de infecção por HIV.</p> <p>O PAM Andradas já foi acessado por E11.</p>

Núcleo de Sentido	E17	E18	E19	E20	Síntese Horizontal
	<p>por causa das drogas... fui de SAMU, né? Já procurei a Regional por causa da pressão alta. Já frequentei o CAPS também... que o consultório de rua arrumou para mim... mas eu estou em falta."</p> <p>- Diz ser bem atendida nos serviços de saúde, mas faz referência ao preconceito:</p> <p>"Olha... eu acho que sempre fui atendida bem. Mas teve uma vez que eu já sofri foi discriminação. Preconceito mesmo."</p> <p>- Elogia o atendimento do CAPS:</p> <p>"Já no CAPS e o atendimento é muito bom."</p>	<p>SAMU para mim."</p> <p>- Já ficou internada no Hospital Ana Nery por causa do uso prejudicial de álcool e outras drogas:</p> <p>"Aí no HPS eles arrumaram internação para mim no Ana Nery."</p> <p>- Faz acompanhamento do HIV no SAE, através do Consultório na Rua:</p> <p>"Por causa da doença que eles descobriram eu faço acompanhamento no SAE. Eu tenho que pegar o coquetel lá... com todos os remédios que eu preciso. Foi o posto de saúde de rua... esse que para aqui na frente do albergue que consegui para mim."</p>	<p>pneumonia e da tuberculose foi consultada na UBS de Vila Ideal e encaminhada para exames no HPS. Depois foi internada no Hospital Dr. João Penido.</p> <p>"Primeiro eles me levaram pro postinho da Vila Ideal. Depois eu fui pro HPS para fazer exame e fui internada no João Penido."</p> <p>- Relata que quando está acompanhada do Consultório na Rua é atendida diferente, é escutada:</p> <p>"Quando é o pessoal do consultório na rua que leva, é diferente. Eles dão mais valor pra gente. Se não leva, eles nem escutam o que que a gente fala..."</p>	<p>encaminhou para a Regional Leste no caso da pneumonia e para o CAPS no caso do uso prejudicial de álcool e outras drogas:</p> <p>"Eles me levaram para Regional por causa da pneumonia e eles conseguiram meu tratamento da dependência no CAPS."</p> <p>- Quando precisou do serviço de saúde foi atendida rapidamente:</p> <p>"Eu fui atendida rapidamente. Suspeita de tuberculose, né? Tem que ter atendimento rápido."</p> <p>- Relata preconceito:</p> <p>"E quando a gente está mal arrumado, sujo, parece que o tratamento é diferente. A gente vai sendo deixado de lado... as pessoas só falam com a gente o que</p>	<p>- Atenção Terciária UPA Benfica acessada por E1 e E12 UPA São Pedro já foi acessada por E1 UPA Santa Luzia já foi acessada por E2 UPA Leste acessada por E2, E5, E6 E8, E9, E10, E12, E14, E15, E16, E17, E18 e E20. HPS acessado por E2, E3, E5, , E6, E8, E9, E11, E14, E17 e E19. Hospital Universitário: E6, E8 e E11. Hospital Dr. João Penido: E8, E14 e E19 acessaram para tratamento de doenças respiratórias (tuberculose) . Hospital Ana Nery: acessado por E2 e E18 para acompanhamento do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Hospital Esperança: E5 acessou devido o uso prejudicial de álcool e outras drogas. Hospital Aragão Villar: E5 acessou devido o uso prejudicial de álcool e outras drogas. Hospital Maternidade Teresinha de Jesus: E15 por causa da gravidez.</p> <p>- Os serviços mais procurados são os de urgência e emergência: HPS e UPA Leste, mas destaca-se que o acesso acontece mais facilmente quando há a intervenção do Centro POP, do CAPS ou do albergue.</p> <p>- Outros serviços de saúde acessados: Consultório na Rua: E2, E6, E11, E14, E17, E18, E19, E20 SAMU: E2, E3, E9, E11, E14, E15, E17, E18</p> <p>E2 já passou por uma comunidade terapêutica devido a dependência.</p> <p>- Serviços sociais que fazem mediação com os serviços de saúde: Procuram o albergue: E1, E4 Procuram o Centro POP: E4, E5, E14 Obra Social Pequenos de Jesus: E14</p> <p>E13 não acessa os serviços de saúde.</p> <p>Como é o atendimento: - Sentem-se bem atendidos: E1, E11, E12, E16, E17, E18 - Sentem-se tratados normalmente: E5, E10, E15 - E2, E5 e E14 expressam conformismo com o atendimento que é ofertado, mesmo diante da inadequação do serviço prestado.</p>

Núcleo de Sentido	E17	E18	E19	E20	Síntese Horizontal
		<p>- Faz acompanhamento com equipe de saúde pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas e do transtorno bipolar no CAPS. Conseguiu vaga por meio do Consultório na Rua:</p> <p>“Eu também cuido do meu problema de drogas no CAPS. Também estou lá por causa do posto de saúde de rua. Lá eu também cuido da depressão e do transtorno bipolar.”</p> <p>- Relata ter sido bem tratada nos serviços de saúde:</p> <p>“O tratamento que tem com a gente é muito bom.”</p> <p>- Sentiu-se aprisionada no Ana Nery:</p> <p>“Vou te falar que</p>		<p>é extremamente necessário.”</p> <p>- Elogia o CAPS:</p> <p>“No CAPS eu sou bem atendida. Eles tem um jeito diferente de lidar com a gente.”</p>	<p>- E4 e E19 percebem diferença no atendimento quando estão acompanhados pelo Consultório na Rua, albergue ou Centro POP.</p> <p>- E6 relaciona o bom atendimento à oferta de refeições e banho.</p> <p>- E4, E14, E5 E6 e E8 referem-se a um atendimento inadequado, sendo que para E6 este acontece devido à quantidade de pessoas que são atendidas. Já para E8, a inadequação do atendimento tem relação com a ausência de acompanhante. E8 também faz referência ao desconhecimento da rede de atenção à saúde. Já para E5 o atendimento é inadequado para toda a população.</p> <p>- E7 menciona a dificuldade para agendar consulta.</p> <p>- E8, E10, E14 e E16 apontam a demora no atendimento. Já E20 relata que foi atendida rapidamente, mas ressalta que talvez tenha sido pela suspeita de tuberculose.</p> <p>- E8 evidencia a vulnerabilidade do tratamento, que muitas vezes não leva em consideração as questões psíquicas, culturais e sociais do usuário.</p> <p>- E10 relata situação de ausência de compostura profissional. E16 recebeu um diagnóstico sem que o médico a tivesse encostado. Já E14 percebe as dificuldades existentes para os profissionais de saúde.</p> <p>- Situações de preconceito foram muito citadas por diversos entrevistados: E1, E4, E5, E6, E7, E8, E12, E14, E17, E20</p> <p>- E18 sentiu-se aprisionada no Ana Nery durante seu acompanhamento para o uso prejudicial de álcool e outras drogas.</p> <p>- Os serviços especializados foram citados como referência de bom atendimento: CAPS: E2, E3, E9, E17, E18, E20. Consultório na Rua: E2 SAE: E6, E8</p>

Núcleo de Sentido	E17	E18	E19	E20	Síntese Horizontal
		<p>no Ana Nery eu me senti muito presa.”</p> <p>- Elogia o CAPS, que é serviço especializado:</p> <p>“No CAPS eles tratam a gente muito bem, como gente mesmo.”</p>			
<p>Dificuldades no acesso</p>	<p>- Conseguir médico e desinformação sobre qual serviço de saúde procurar:</p> <p>“Conseguir médico é uma dificuldade. Mas eu também acho que falta informação para gente. A gente vai no serviço errado... eles mandam a gente para outro lugar... e depois para outro lugar e no fim a gente desiste.”</p>	<p>- Aponta a falta de medicamentos:</p> <p>“Eu não estou conseguindo meus medicamentos do transtorno bipolar.”</p>	<p>- Conseguir medicamento sem documentação:</p> <p>“Dificuldade é conseguir o remédio porque a gente não tem documento.”</p> <p>- Conseguir vaga na UBS – são duas vagas semanais para a população em situação de rua do município.</p> <p>“Outra coisa é para conseguir vaga no postinho. Duas vagas por semana é muito pouco.”</p> <p>- Aponta a necessidade de mais equipes do Consultório na Rua:</p> <p>“A prefeitura tinha que dar mais valor... levar mais equipes</p>	<p>- Aponta dificuldades em conseguir medicamentos:</p> <p>“Aí eu estava tomando uns remédios e esse mês eu não consegui. O próprio consultório na rua está tentando arrumar para mim, mas ainda não conseguiram.”</p>	<p>- E1, E3e E7 relatam dificuldades em acessar os serviços de saúde sem mediação do Centro POP, do albergue ou do Consultório na Rua. Além disso, são melhor atendidos quando chegam ao serviço de saúde acompanhados por estes equipamentos. Para E19 há necessidade de mais equipes do Consultório na Rua.</p> <p>- E2 aponta dificuldade para marcar consulta na APS por causa da necessidade de comprovar a residência. Também ressalta a disponibilidade de apenas uma UBS para atender a população em situação de rua do município. E15 e E19 questionam sobre o número de vagas para atendimento da população em situação de rua na APS (2 vagas por semana). E16 afirma que não sabe qual UBS acessar. E10 relata insuficiência da promoção da saúde e prevenção das doenças, evidenciando a falta de acesso à APS.</p> <p>- A falta de documentação também é relatada por E4 como um obstáculo para conseguir atendimento</p> <p>- E16 e E17 evidenciam a dificuldade para marcar consulta com especialista e E16 inclui a dificuldade para marcar consulta de retorno. E8 relata especifica dificuldades para agendar consulta no SAE.</p> <p>- Em relação ao acesso a medicamentos, E9, E18 e E20 relatam dificuldade para conseguir medicamento devido a sua indisponibilidade. Já E9, E12, E19 relatam dificuldades no acesso por falta do Cartão SUS. E3 e E14 apontam ser difícil conseguir medicação por necessidade de receita e documentação. Além disso, E14 relatou que já lhe foram prescritos medicamentos que não estão</p>

Núcleo de Sentido	E17	E18	E19	E20	Síntese Horizontal
			<p>na rua para ajudar as pessoas que estão no albergue. Quem vem pro albergue tem assistência. Quem não vem pro albergue tem mais dificuldade...”</p>		<p>na lista do município.</p> <ul style="list-style-type: none"> - E5 e E6 apontam vulnerabilidade no tratamento, que muitas vezes está embasado em ações que desconsideram as condições sócio, econômica, cultural do indivíduo. E5 relata dificuldade na alta hospitalar por ausência de moradia. - O preconceito é relatado por E5, E7, E12, E13. Ao preconceito associa-se o sentimento de constrangimento apontado por E13. - Sobre a postura profissional, E7 aponta que o atendimento depende da ética de cada profissional. E10 relata a falta de tato dos profissionais no trato com os usuários. - Outras dificuldades para o acesso aos serviços de saúde são: a demora no atendimento(E10), a burocracia(E10, E13), a falta de acompanhante(E15). - Os horários de entrada e saída do albergue também são apontados como dificuldade para a procura pelos serviços de saúde(E5). - Outra dificuldade relatada por E17 é a desinformação sobre qual serviço de saúde procurar.
<p>Percepção sobre o direito à saúde</p>					<p>O entendimento sobre o direito à saúde aparece latente durante as entrevistas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - E1 fala da necessidade de visibilidade das pessoas em situação de rua. - E1 e E12 demonstram consciência dos seus direitos e buscam os diversos equipamentos assistências sociais. - E2 aponta a necessidade de instrumentalizar a população em situação de rua para entender sobre sua saúde e também para que haja ciência de seus direitos. - E4 relata a necessidade de igualdade no acesso e respeito ao direito universal à saúde. - E7 e E8 colocam a necessidade do olhar do Estado para a população em situação de rua. - E7 deseja ter garantido o seu direito de falar sobre as necessidades, para que haja melhoria nas condições de vida. - E10 apresenta consciência da situação do país e tem uma crítica

Núcleo de Sentido	E17	E18	E19	E20	Síntese Horizontal
					<p>da distribuição econômica e social no Brasil. - No discurso de E16 o SUS aparece como ferramenta do direito universal à saúde.</p>
<p>Síntese Vertical</p>	<p>- Saiu de casa devido o uso prejudicial de álcool e outras drogas após fim de relacionamento afetivo. - Das dificuldades encontradas na vivência na rua que interferem na saúde menciona a vulnerabilidade à violência: física e sexual. - Relata suspeita de pressão alta – sente dor de cabeça, tontura, paralisia. Manifesta vontade de fazer um preventivo, mas não sabe como proceder, onde deve ir. - Realizo uso prejudicial de álcool e outras drogas. - Serviços de saúde procurados são o HPS – através do SAMU, a UPA Leste e o CAPS, através do Consultório na</p>	<p>- Saiu de casa devido o uso prejudicial de álcool e outras drogas e afastamento familiar (briga com os irmãos). - Das dificuldades encontradas na vivência na rua que interferem na saúde menciona a vulnerabilidade à violência, preconceito e discriminação, o envolvimento com drogas, fome, sede e o medo de sofrer violência sexual. - Procurou os serviços de saúde por causa do uso prejudicial de álcool e outras drogas e infecção por HIV. Além disso, tem transtorno bipolar. - Quando está em episódio de crise pelo uso abusivo de álcool e outras drogas é levada ao HPS pelo SAMU.</p>	<p>- Saiu de casa devido a perda dos pais e pela fragilidade dos laços familiares (sua irmã ficou responsável por ela, mas também era nova. Sem cuidado familiar, saiu de casa). - Das dificuldades encontradas na vivência na rua que interferem na saúde menciona mudanças climáticas (frio e chuva), dormir na rua, a dificuldade de preservação de pertences, com o cobertor e roupa, adoecimento. Já sofreu violência física e sexual. - Procurou os serviços de saúde por pneumonia e tuberculose. Tem anemia falciforme. - Não faz o acompanhamento da anemia falciforme. - Em caso de necessidade de saúde sempre procura o Consultório na Rua. Por causa da pneumonia e da tuberculose foi consultada na UBS de</p>	<p>- Saiu de casa devido o envolvimento com o crack. - Das dificuldades encontradas na vivência na rua que interferem na saúde menciona higiene pessoal – época da menstruação, não ter roupa para trocar ou local para tomar banho, dormir no chão, frio, chuva, depressão. Já sofreu violência física e foi ameaçada de violência sexual. - Já procurou o serviço de saúde por pneumonia e uso prejudicial de álcool e outras drogas. - Quando precisa dos serviços de saúde, procura o Consultório na Rua. O Consultório na Rua encaminhava para a UPA Leste no caso da pneumonia e para o CAPS no caso do uso prejudicial de</p>	<p>- A maioria dos participantes da pesquisa vivenciaram ruptura ou fragilidade dos vínculos familiares, revelando brigas com familiares: E1 relata que após passagem pela Febem sua família não o acolheu. E2, E14 e E15 relatam separação da esposa. E4, E6, E8, E9 e E13 saíram de casa após brigas com suas esposas. E5 saiu de casa devido briga com sua madrasta. E7 e E18 foram para a rua após brigas com os irmãos. E19 saiu de casa após falecimento dos pais e E12 devido ao falecimento da mãe e alcoolismo do pai. E3 não conheceu os pais. Viveu com a avó e foi para a rua após seu falecimento. E10 não possui vínculo familiar. Foi abandonado pelos pais com 2 anos de idade e cuidado pelo juizado de menores. - Além de E1, também tiveram passagem por instituição de regime de reclusão E2, E4 e E11. - Apresentaram envolvimento com drogas E2, E3, E8, E9, E13, E17, E18 e E20. E5 relatou uso abusivo de álcool. - E8 aponta a infecção por HIV como motivo para ir para a rua. - E14 relata o desemprego. - E16 teve sua casa invadida e aguarda a reintegração de posse. Alguns dos participantes realizam trabalhos informais para sobreviverem: venda de balas e picolés (E1). Artesanato (E4 e E10). “Biscatinhos” (E5). Catador de latinhas (E11). Catador de papel (E12 e E14). Busca por qualificação: E2 fez curso de garçom e auxiliar de cozinha. Distribuição de currículos (E5 e E13) Foram relatadas as seguintes dificuldades encontradas na vivência na rua que interferem na saúde: Sede (E1, E5, E10, E18), Fome (E1, E5, E6, E7, E9, E10, E12, E15, E18), Dificuldade em acessar um banheiro (E4), Realizar higiene pessoal (E1 e E20). E20 destaca que para as mulheres a dificuldade está também na época da menstruação por não terem absorventes íntimos, não terem roupas para trocar ou local para tomar banho.</p>

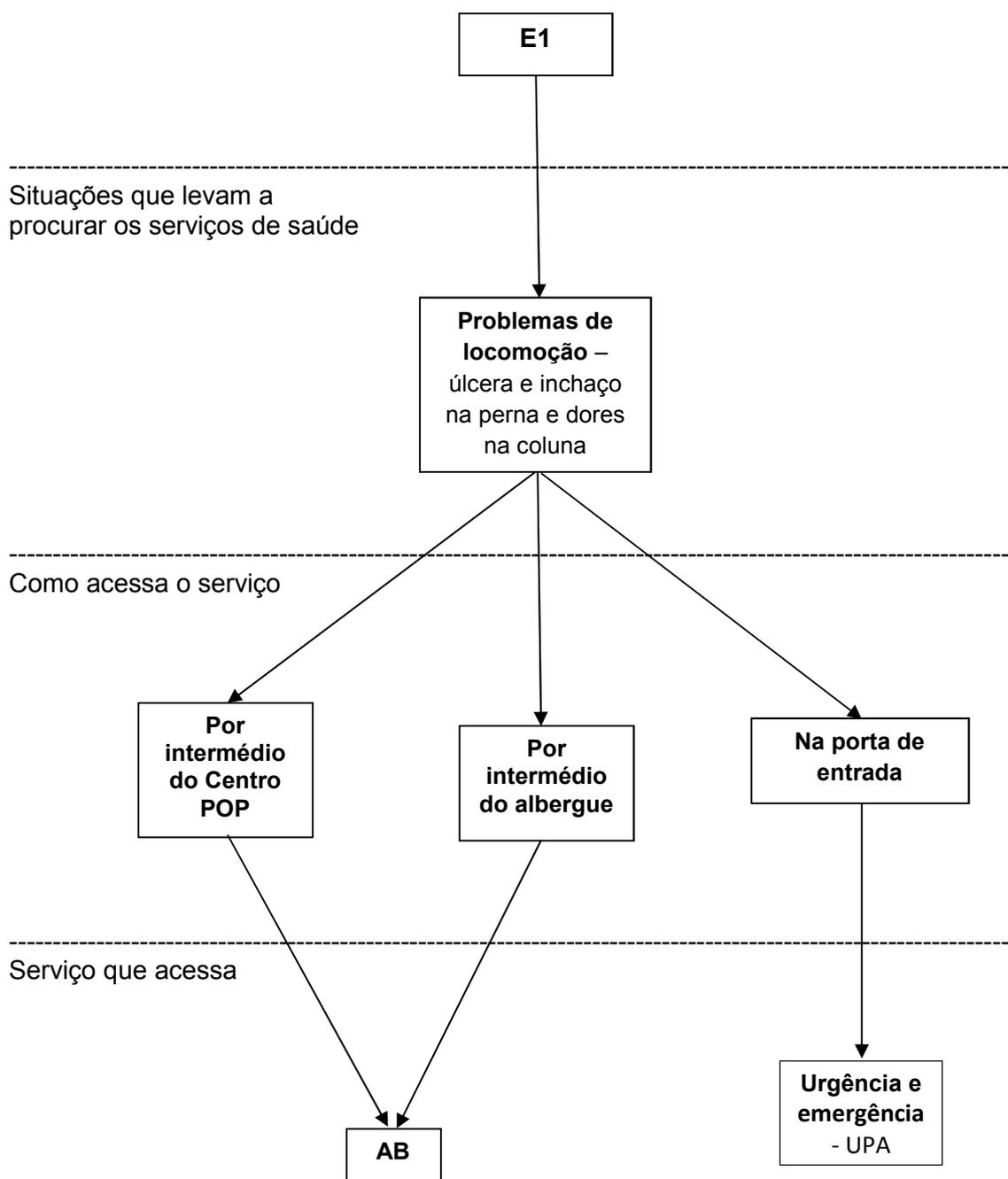
Núcleo de Sentido	E17	E18	E19	E20	Síntese Horizontal
	<p>Rua. Diz ser bem atendida nos serviços de saúde, mas faz referência ao preconceito. Elogia o atendimento do CAPS.</p> <p>- Encontra dificuldade para conseguir médico e não possui informação sobre qual serviço de saúde procurar.</p>	<p>Já ficou internada no Hospital Ana Nery por causa do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Faz acompanhamento do HIV no SAE, através do Consultório na Rua. Faz acompanhamento no CAPS. Conseguiu vaga por meio do Consultório na Rua. Relata ter sido bem tratada nos serviços de saúde. Sentiu-se aprimorada no Ana Nery. Elogia o CAPS, que é serviço especializado.</p> <p>- Aponta a falta de medicamentos.</p>	<p>Vila Ideal e encaminhada para exames no HPS. Depois foi internada no Hospital Dr. João Penido. Relata que quando está acompanhada do consultório na rua é atendida diferente, é escutada.</p> <p>- Relata a dificuldade para conseguir medicamento sem documentação. Outra dificuldade é conseguir vaga na UBS – são duas vagas semanais para a população em situação de rua do município. Aponta a necessidade de mais equipes do Consultório na Rua.</p>	<p>álcool e outras drogas. Quando precisou do serviço de saúde foi atendida rapidamente. Relata preconceito. Elogia o CAPS.</p> <p>- Aponta dificuldades em conseguir medicamentos. Elogia o CAPS.</p> <p>- Aponta dificuldades em conseguir medicamentos. De saúde foi atendida rapidamente. Relata preconceito. Elogia o CAPS.</p> <p>- Aponta dificuldades em conseguir medicamentos.</p>	<p>Dificuldades relacionadas às mudanças climáticas: frio (E5, E6, E7, E8, E10, E11, E14, E15, E19 e E20) e chuva(E5, E7, E19 e E20).</p> <p>Dificuldades psicossociais: Preconceito (E1, E2, E5, E6, E7, E10, E14, E15 e E18). Sentimento de constrangimento(E6). Desigualdade(E2). Tristeza(E2). Preocupações com o dia de amanhã(E7). Dificuldades para frequentar alguns espaços sociais(E13). Distanciamento da família apontado por E15. Falta de compaixão(E15). Discriminação(E18). Depressão(E20). Uso de álcool e outras drogas(E4, E6, E8, E14, E16, E18).</p> <p>- Dificuldades para entrar no mercado de trabalho(E2, E9). Aparência e o cheiro como fatores dificultadores para conseguirem um emprego (E13 e E14). Dificuldade financeira(E9 e E10). Vulnerabilidade no trabalho informal(E4).</p> <p>- Vulnerabilidade à violência física (E2, E4, E6, E8, E13, E14, E16, E17, E18, E19, E20) e sexual(E15, E16, E17, E18, E19, E20). E2, E18, E19 e E20 já sofreram violência física e E15, E18 e E19 já foram vítimas de tal violência e E20 já foi ameaçada de estupro. E15 ressalta a falta de proteção por parte do Estado.</p> <p>Dificuldades de não se ter o mínimo de conforto que uma casa pode proporcionar: Não ter onde ficar durante o dia(E9). Dormir no chão(E19 e E20). Dificuldade de preservação de pertences(E19).</p> <p>Dificuldades com a saúde: Vivência na rua com epilepsia(E3). Relação entre o abuso de álcool e drogas e o medicamento que necessita tomar (E3). Medo de passar mal na rua e não ser socorrido (E3).</p> <p>Dificuldades em relação aos equipamentos sociais do município: Distância percorrida para acessar os serviços de assistência(E4). Falta de liberdade no albergue(E10).</p> <p>- Os serviços de saúde são procurados em situações que interferem no dia-a-dia das ruas, como o caso da do inchaço, da úlcera na perna (E1), problema na coluna (E1 e E7), por causa do problema nos dentes (E2 e E13), dor nos rins (E10) e a baixa de visão (E4 e E14).</p> <p>- A procura também se dá por conta do uso prejudicial de álcool e</p>

Núcleo de Sentido	E17	E18	E19	E20	Síntese Horizontal
					<p>outras drogas seja para o acompanhamento da equipe de saúde ou para o momento de crise: E2, E5, E8, E13, E14, E17, E18, E20.</p> <p>- Outras necessidades de saúde: Epilepsia (E2, E3 e E9). Gripe (E6). Infecção por HIV (E6, E8, E18). Pneumonia (E8, E12, E14, E19, E20). Problemas no pâncreas e no fígado associados ao uso abusivo de álcool (E11, E12). Tuberculose (E14, E19). Suspeita de câncer de ovário(E16). Suspeita de pressão alta (E17). Transtorno Bipolar (E18). Anemia falciforme(E19).Briga de faca(E5). Necessidade de realizar curativo(E1). Checkup(E11).Gravidez (E15).Vontade de fazer preventivo, mas não sabe como proceder, qual serviço de saúde procurar (E17).</p> <p>- Os serviços de saúde não são procurados em situações agudas, julgadas como simplórias para provocar o movimento de procura dos serviços, como dores de cabeça (E1 e E3), tontura (E1), zumbido nos ouvidos (E1), dores nas costas (E15), tosse (E10 e E10), gripe (E15).</p> <p>- Em relação às doenças crônicas, E4 relata ser hipertenso, mas não é acompanhado. E6 tem infecção por HIV, mas parou o tratamento e E19 tem anemia falciforme, mas também não faz o tratamento.</p> <p>E7 revela que procura os serviços de saúde apenas como último recurso.</p> <p>- A Atenção Primária à Saúde(UBS Vila Ideal) é acessada por intermédio do albergue, do Centro POP ou do Consultório na Rua: E1 (para troca de curativos), E7 (como último recurso, em caso de tosse), E19 (suspeita de tuberculose).</p> <p>- Acesso à Atenção Secundária: CAPS (E2, E3, E9, E17, E18, E20). O SAE(E6, E8, E18). PAM Andradas (E11).</p> <p>- Acesso à Atenção Terciária: UPA Benfica(E1 e E12). UPA São Pedro(E1). UPA Santa Luzia(E2). UPA Leste(E2, E5, E6 E8, E9, E10, E12, E14, E15, E16, E17, E18 e E20).HPS(E2, E3, E5, , E6, E8, E9, E11, E14, E17 e E19).Hospital Universitário(E6, E8 e E11).Hospital Dr. João Penido(E8, E14 e E19).Hospital Ana Nery (E2 e E18).Hospital Esperança(E5).Hospital Aragão Villar (E5).Hospital Maternidade Teresinha de Jesus(E15).</p>

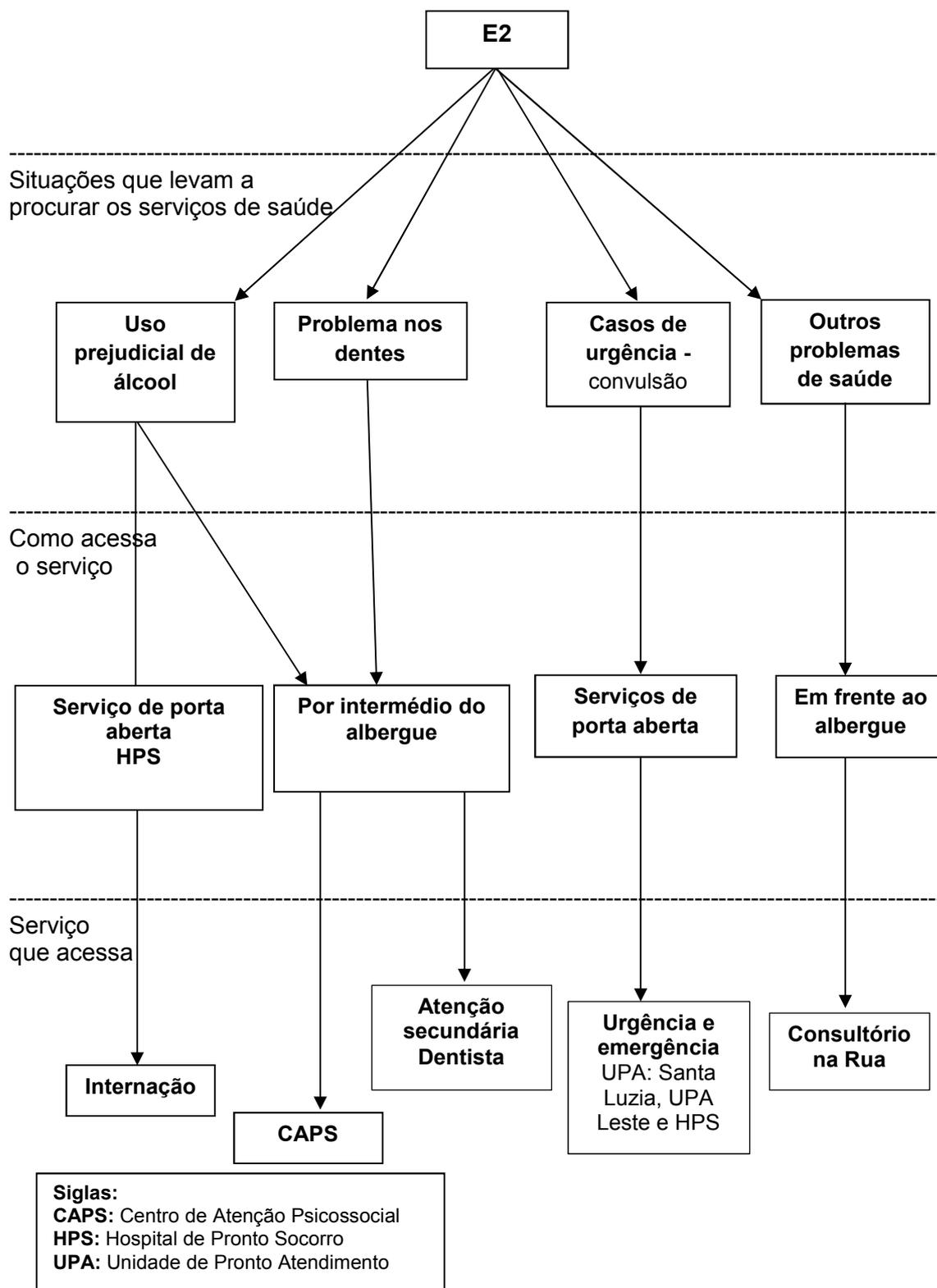
Núcleo de Sentido	E17	E18	E19	E20	Síntese Horizontal
					<p>- Os serviços mais procurados são os de urgência e emergência: HPS e UPA Leste, mas destaca-se que o acesso acontece mais facilmente quando há a intervenção do Centro POP, do CAPS ou do albergue.</p> <p>- Outros serviços de saúde acessados: Consultório na Rua(E2, E6, E11, E14, E17, E18, E19, E20). SAMU(E2, E3, E9, E11, E14, E15, E17, E18).</p> <p>E2 já passou por uma comunidade terapêutica devido a dependência.</p> <p>- Serviços sociais que fazem mediação com os serviços de saúde: albergue(E1, E4), Centro POP(E4, E5, E14), Obra Social Pequenininhos de Jesus(E14).</p> <p>E13 não acessa os serviços de saúde.</p> <p>Como é o atendimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentem-se bem atendidos: E1, E11, E12, E16, E17, E18 - Sentem-se tratados normalmente: E5, E10, E15 - E2, E5 e E14 expressam conformismo com o atendimento que é ofertado, mesmo diante da inadequação do serviço prestado. - E4 e E19 percebem diferença no atendimento quando estão acompanhados pelo Consultório na Rua, albergue ou Centro POP. - E6 relaciona o bom atendimento à oferta de refeições e banho. - E4, E14, E5 E6 e E8 referem-se a um atendimento inadequado, sendo que para E6 este acontece devido à quantidade de pessoas que são atendidas. Já para E8, a inadequação do atendimento tem relação com a ausência de acompanhante. E8 também faz referência a desconhecimento da rede de atenção à saúde. Já para E5 o atendimento é inadequado para toda a população. - E7 menciona a dificuldade para agendar consulta. - E8, E10, E14 e E16 apontam a demora no atendimento. Já E20 relata que foi atendida rapidamente, mas ressalta que talvez tenha sido pela suspeita de tuberculose. - E8 evidencia a vulnerabilidade do tratamento, que muitas vezes não leva em consideração as questões psíquicas, culturais e sociais do usuário.

Núcleo de Sentido	E17	E18	E19	E20	Síntese Horizontal
					<p>- E10 relata situação de ausência de compostura profissional. E16 recebeu um diagnóstico sem que o médico a tivesse encostado. Já E14 percebe as dificuldades existentes para os profissionais de saúde.</p> <p>- Situações de preconceito foram muito citadas por diversos entrevistados: E1, E4, E5, E6, E7, E8, E12, E14, E17, E20</p> <p>- Os serviços especializados foram citados como referência de bom atendimento: CAPS(E2, E3, E9, E17, E18, E20), Consultório na Rua(E2), SAE(E6, E8).</p> <p>- E1, E3 e E7 relatam dificuldades em acessar os serviços de saúde sem mediação do Centro POP, do albergue ou do Consultório na Rua. Além disso, são melhor atendidos quando chegam ao serviço de saúde acompanhados por estes equipamentos. Para E19 há necessidade de mais equipes do Consultório na Rua.</p> <p>- E2 aponta dificuldade para marcar consulta na APS por causa da necessidade de comprovar a residência. Também ressalta a disponibilidade de apenas uma UBS para atender a população em situação de rua do município. E15 e E19 questionam sobre o número de vagas para atendimento da população em situação de rua na APS (2 vagas por semana). E16 afirma que não sabe qual UBS acessar. E10 relata insuficiência da promoção da saúde e prevenção das doenças, evidenciando a falta de acesso à APS.</p> <p>- Outras dificuldades são: falta de documentação para conseguir atendimento (E4), dificuldade para marcar consulta com especialista(E16 e E17), dificuldade para marcar consulta de retorno(E16), agendar consulta no SAE(E8).</p> <p>- Em relação ao acesso a medicamentos: dificuldade para conseguir medicamento devido a sua indisponibilidade(E9, E18 e E20), por falta do Cartão SUS(E9, E12, E19), por necessidade de receita e documentação(E3 e E14). Além disso, E14 relatou que já lhe foram prescritos medicamentos que não estão na lista do município.</p> <p>- E5 e E6 apontam vulnerabilidade no tratamento, que muitas vezes está embasado em ações que desconsideram as condições sócio,</p>

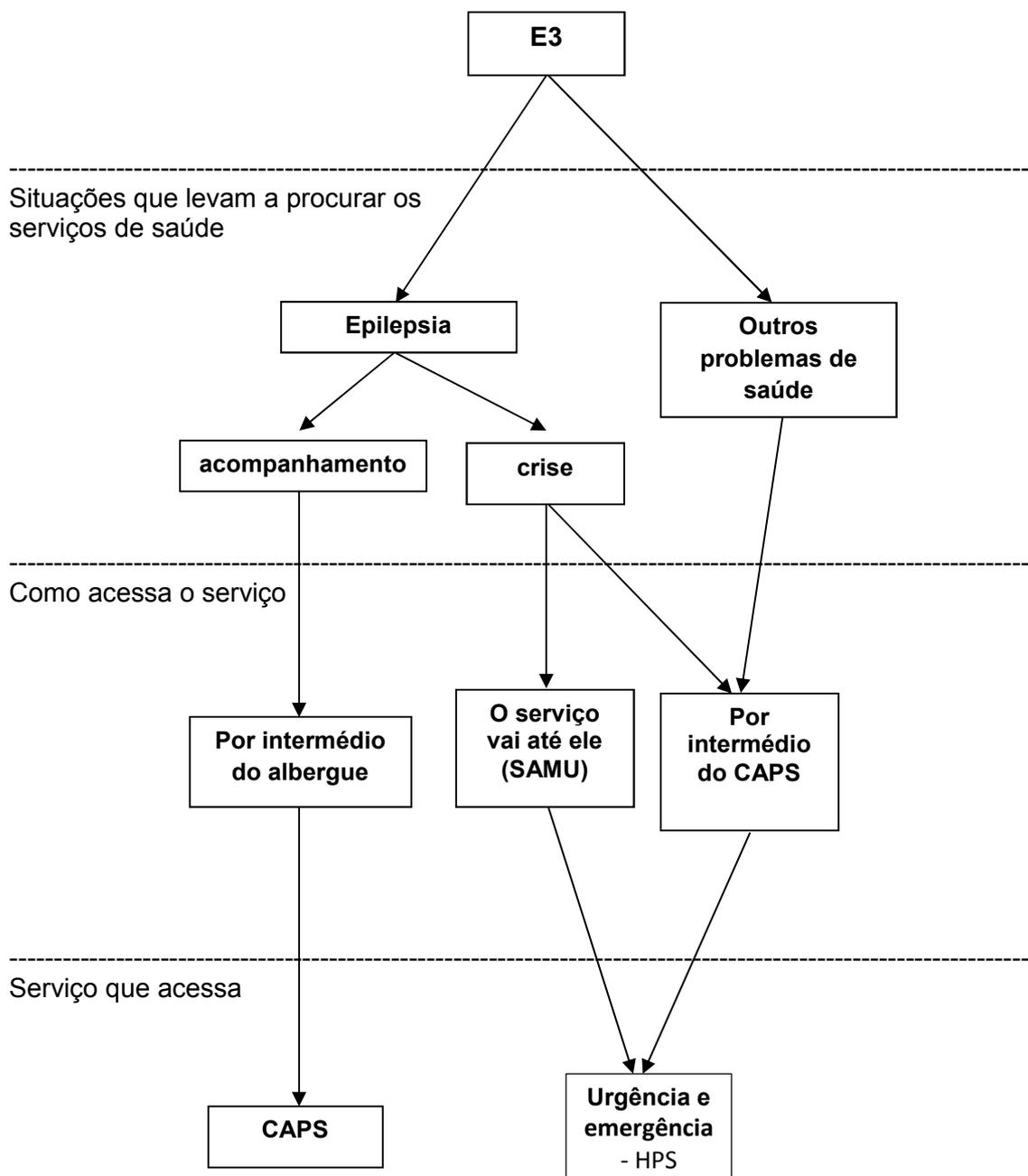
Núcleo de Sentido	E17	E18	E19	E20	Síntese Horizontal
					<p>econômica, cultural do indivíduo. E5 relata dificuldade na alta hospitalar por ausência de moradia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - O preconceito é relatado por E5, E7, E12, E13. Ao preconceito associa-se o sentimento de constrangimento apontado por E13. - Sobre a postura profissional, E7 aponta que o atendimento depende da ética de cada profissional. E10 relata a falta de tato dos profissionais no trato com os usuários. - Outras dificuldades para o acesso aos serviços de saúde são: a demora no atendimento(E10), a burocracia(E10, E13), a falta de acompanhante(E15). - Os horários de entrada e saída do albergue também são apontados como dificuldade para a procura pelos serviços de saúde(E5). - Outra dificuldade relatada por E17 é a desinformação sobre qual serviço de saúde procurar. <p>O entendimento sobre o direito à saúde aparece latente durante as entrevistas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - E1 fala da necessidade de visibilidade das pessoas em situação de rua. - E1 e E12 demonstram consciência dos seus direitos e buscam os diversos equipamentos assistências sociais. - E2 aponta a necessidade de instrumentalizar a população em situação de rua para entender sobre sua saúde e também para que haja ciência de seus direitos. - E4 relata a necessidade de igualdade no acesso e respeito ao direito universal à saúde. - E7 e E8 colocam a necessidade do olhar do Estado para a população em situação de rua. - E7 deseja ter garantido o seu direito de falar sobre as necessidades, para que haja melhoria nas condições de vida. - E10 apresenta consciência da situação do país e tem uma crítica da distribuição econômica e social no Brasil. - No discurso de E16 o SUS aparece como ferramenta do direito universal à saúde.

APÊNDICE D – Caminho percorrido por E1 quando tem necessidades de saúde**Siglas:****AB:** Atenção Básica**Centro POP:** Centro de Referência Especializado para a População Adulta em Situação de Rua**UPA:** Unidade de Pronto Atendimento

APÊNDICE E – Caminho percorrido por E2 quando tem necessidades de saúde



APÊNDICE F – Caminho percorrido por E3 quando tem necessidades de saúde

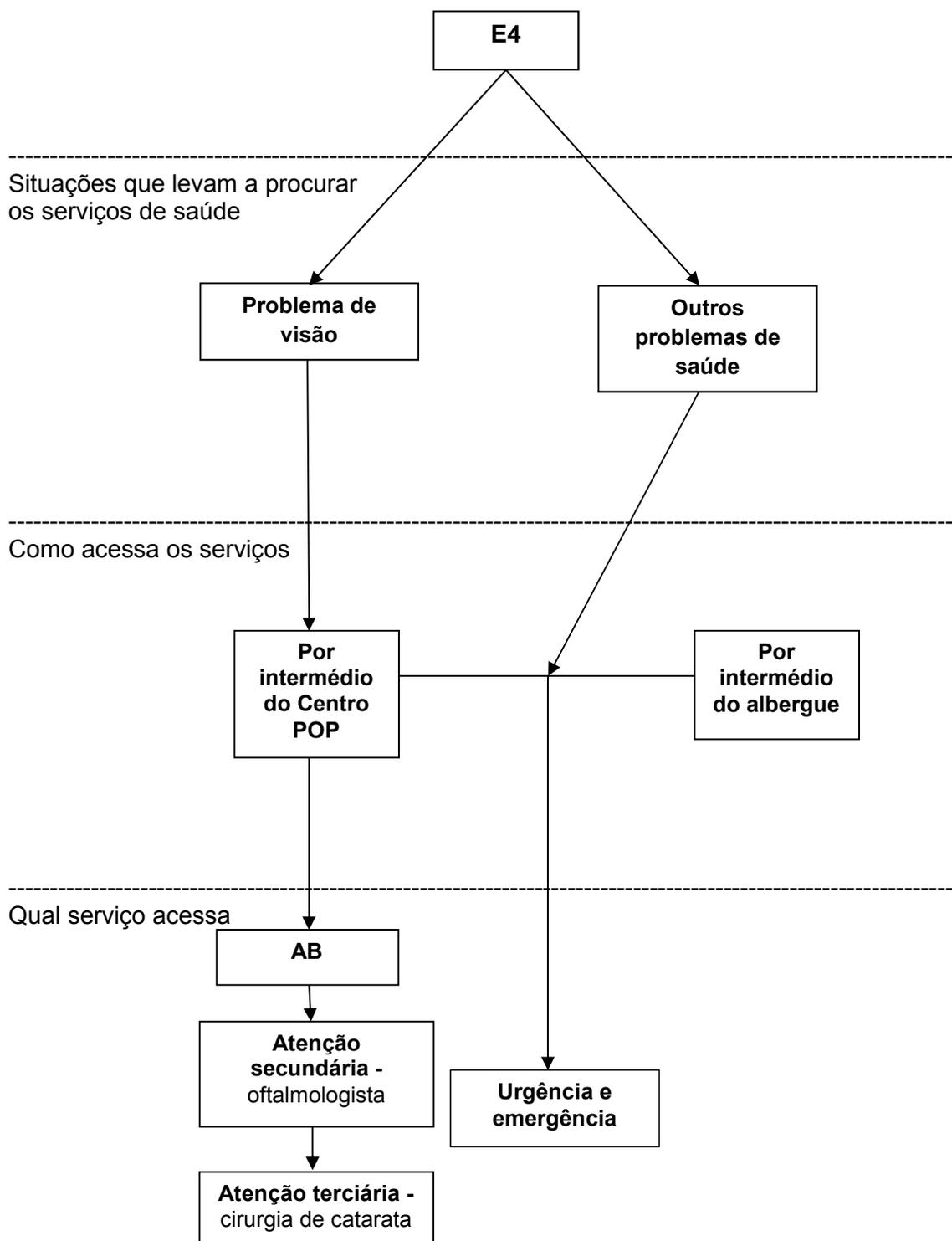


Siglas:

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

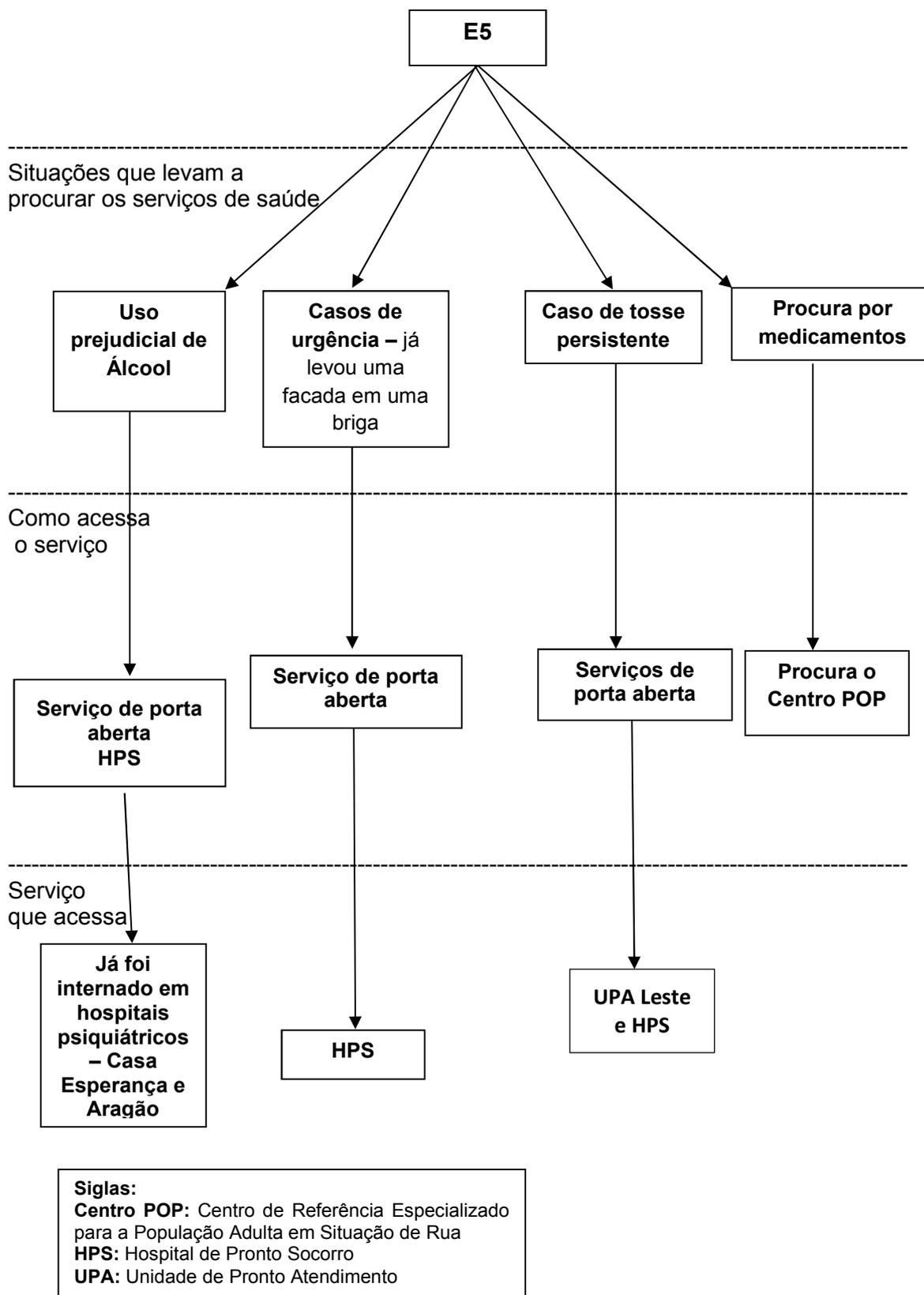
HPS: Hospital de Pronto Socorro

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

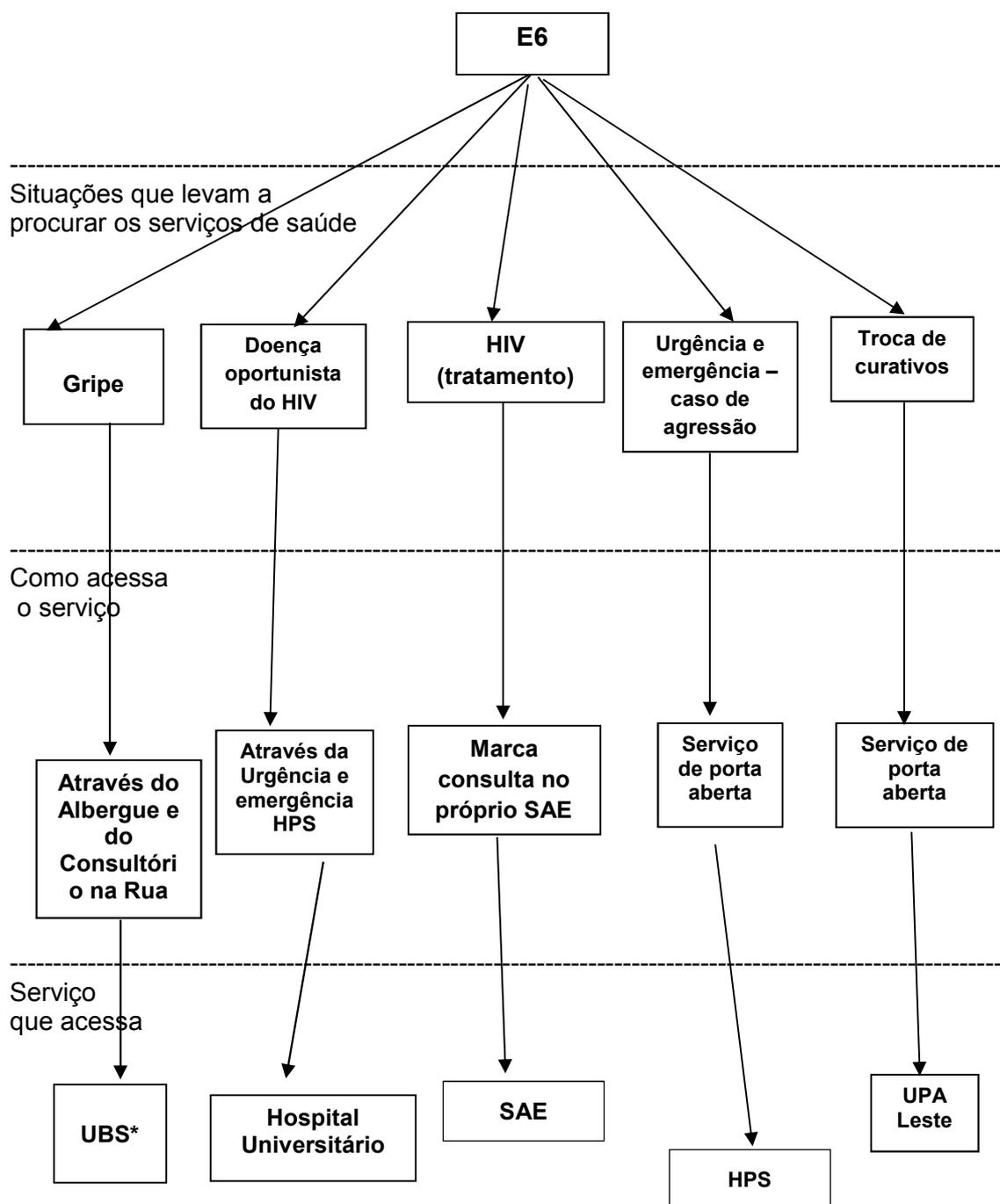
APÊNDICE G – Caminho percorrido por E4 quando tem necessidades de saúde

Siglas:
AB: Atenção Básica
Centro POP: Centro de Referência Especializado para a População Adulta em Situação de Rua

APÊNDICE H – Caminho percorrido por E5 quando tem necessidades de saúde



APÊNDICE I – Caminho percorrido por E6 quando tem necessidades de saúde



*Afirma que não comparece às consultas agendadas

Siglas:

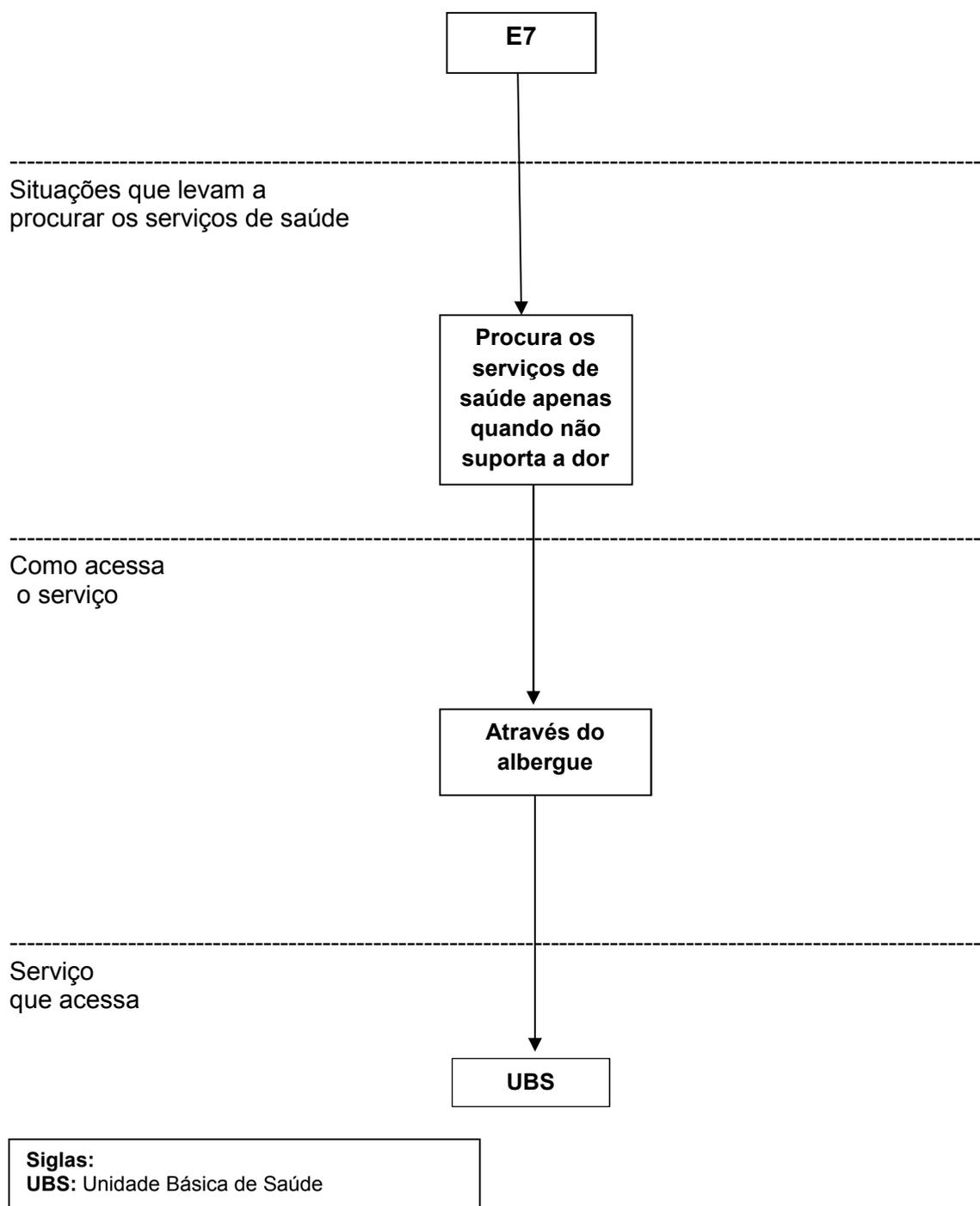
HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

HPS: Hospital de Pronto Socorro

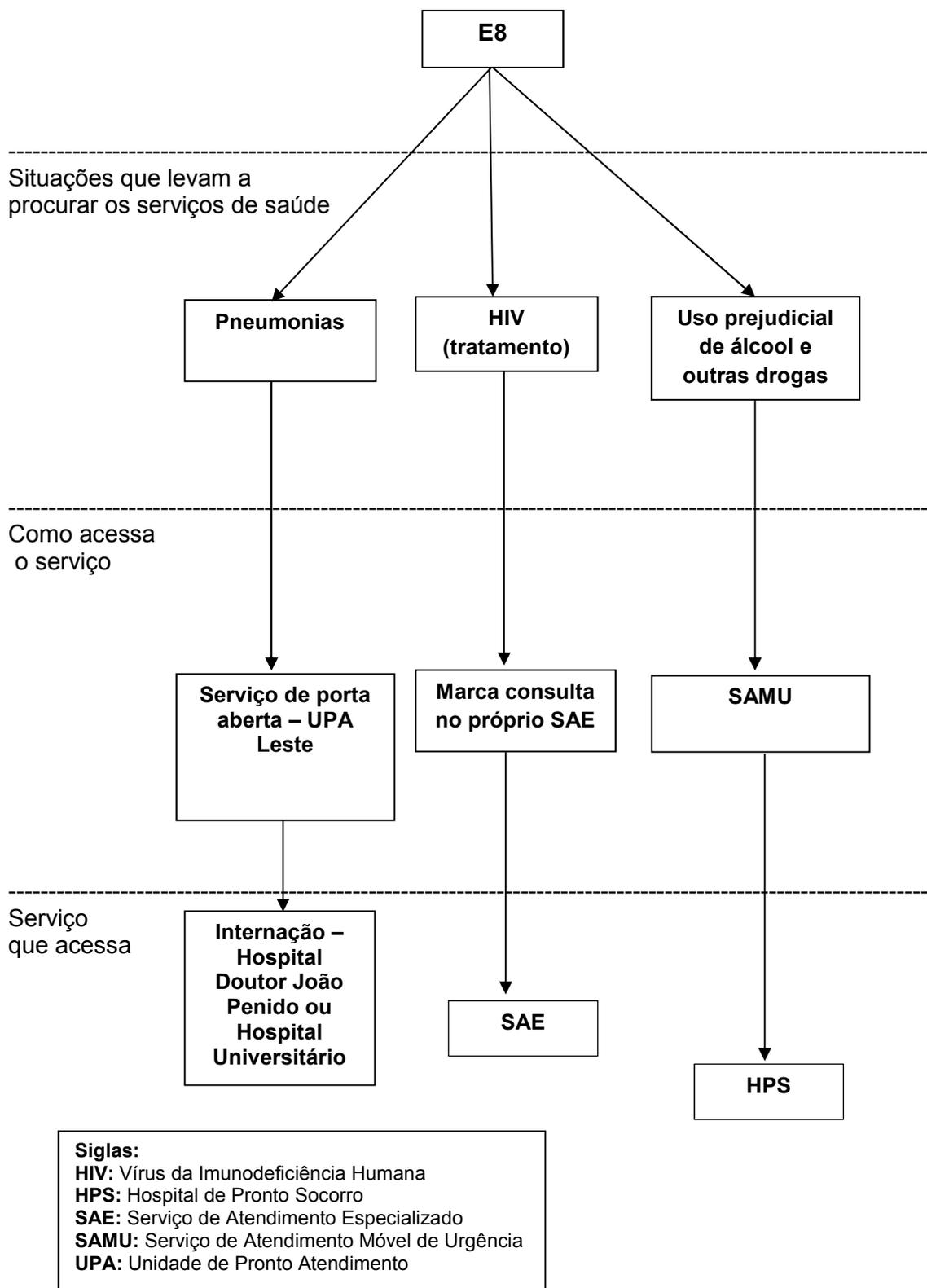
SAE: Serviço de Atendimento Especializado

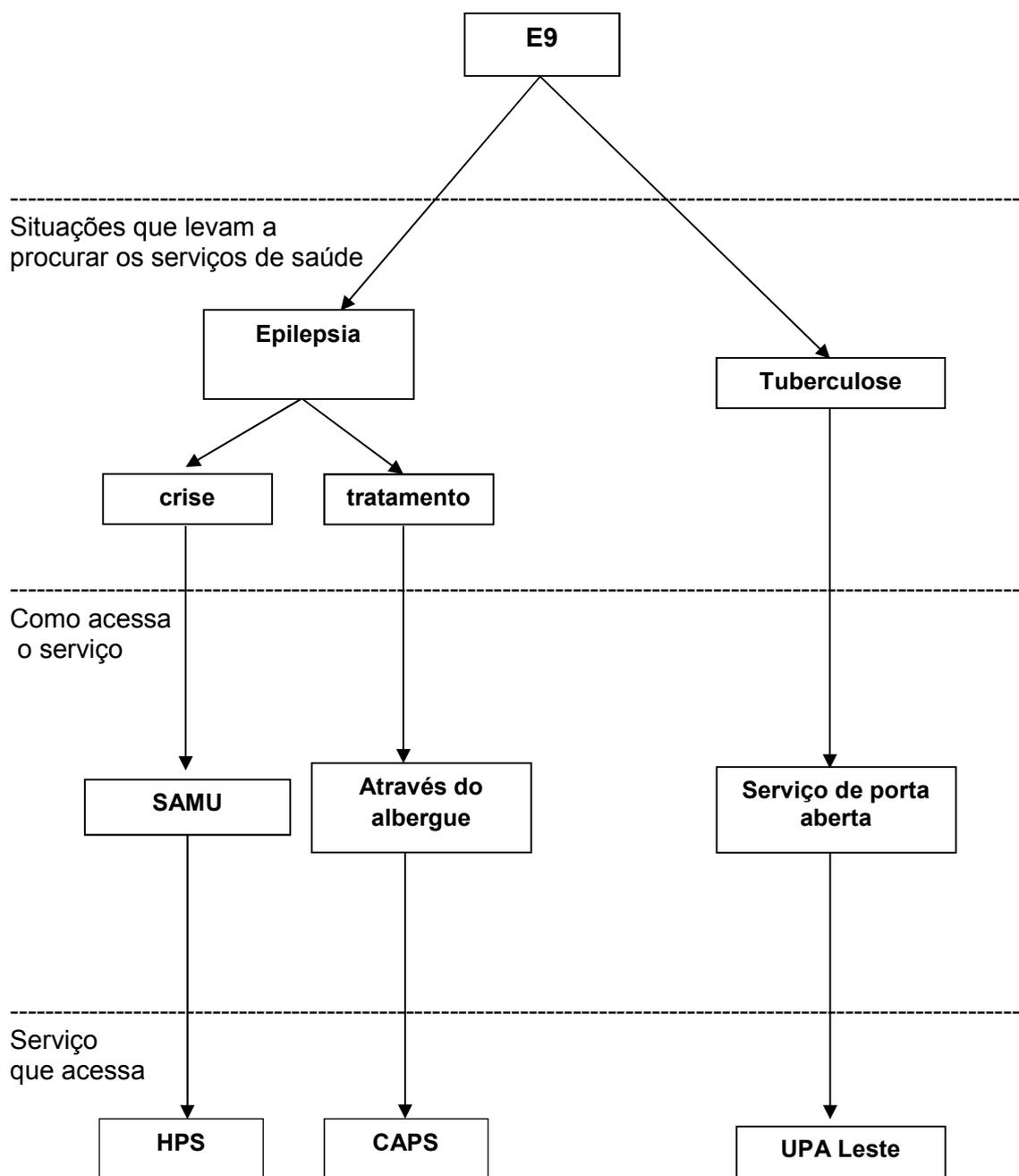
UBS: Unidade Básica de Saúde

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

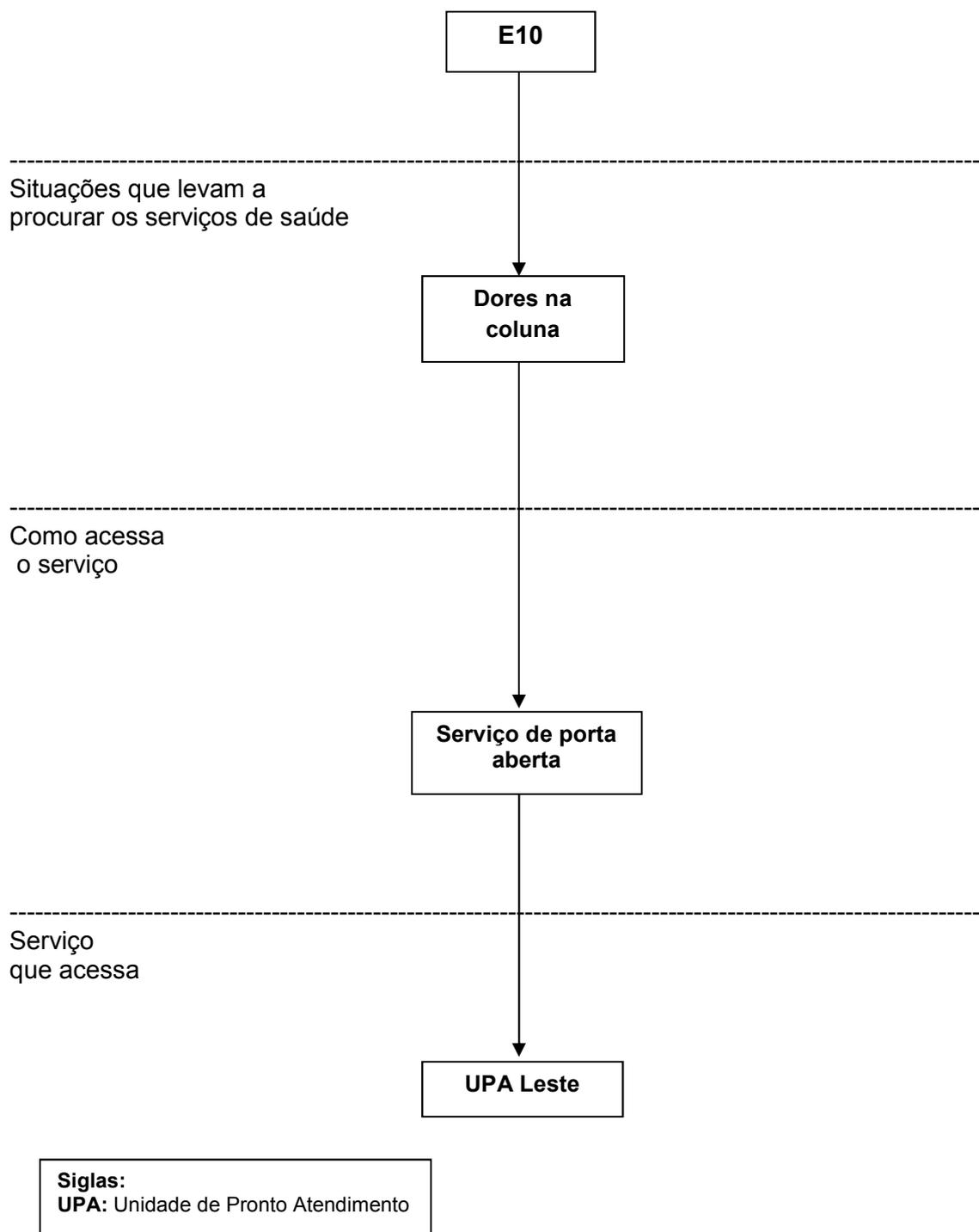
APÊNDICE J – Caminho percorrido por E7 quando tem necessidades de saúde

APÊNDICE K – Caminho percorrido por E8 quando tem necessidades de saúde

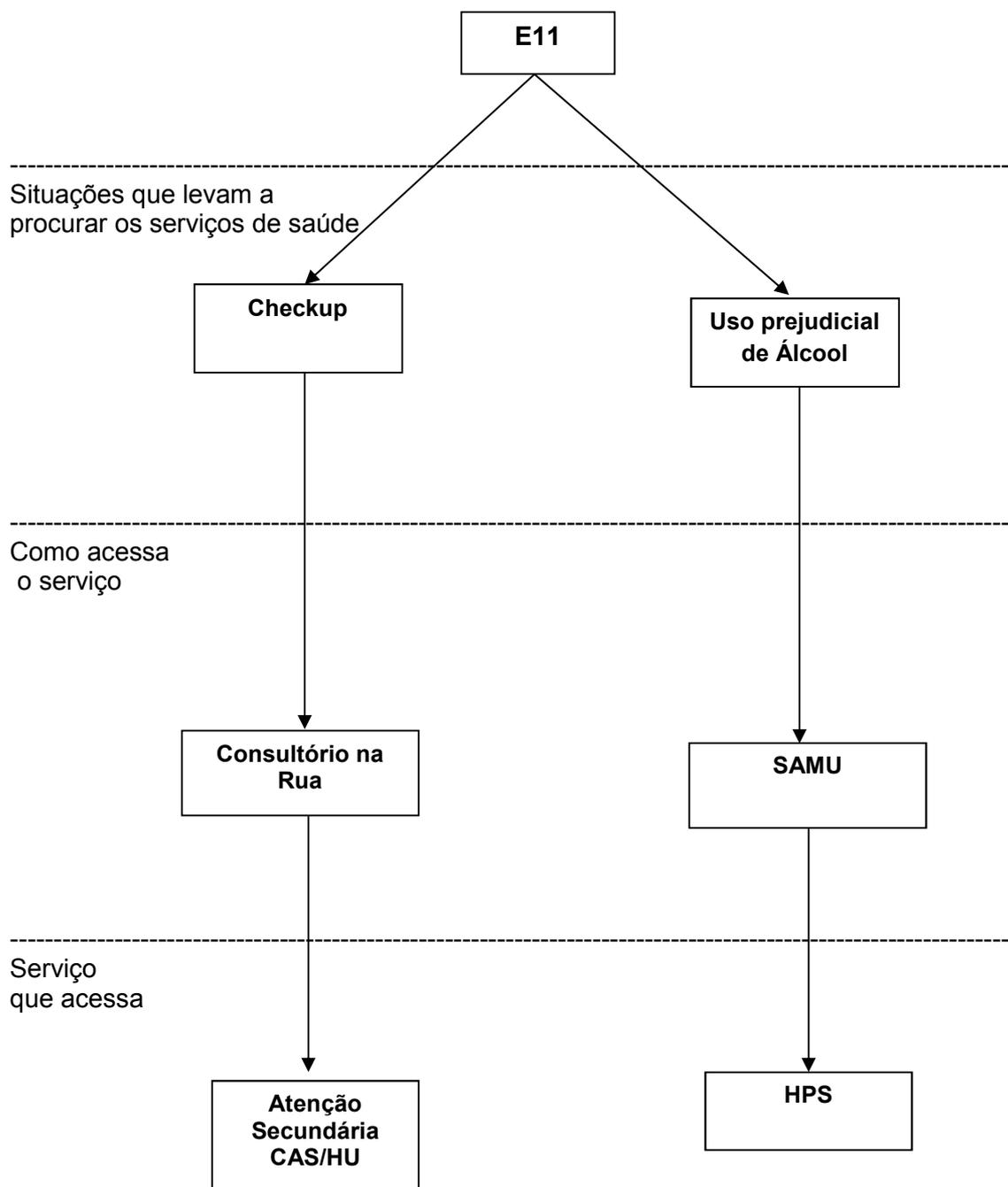


APÊNDICE L – Caminho percorrido por E9 quando tem necessidades de saúde**Siglas:****CAPS:** Centro de Atenção Psicossocial**HPS:** Hospital de Pronto Socorro**SAMU:** Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**UPA:** Unidade de Pronto Atendimento

APÊNDICE M – Caminho percorrido por E10 quando tem necessidades de saúde

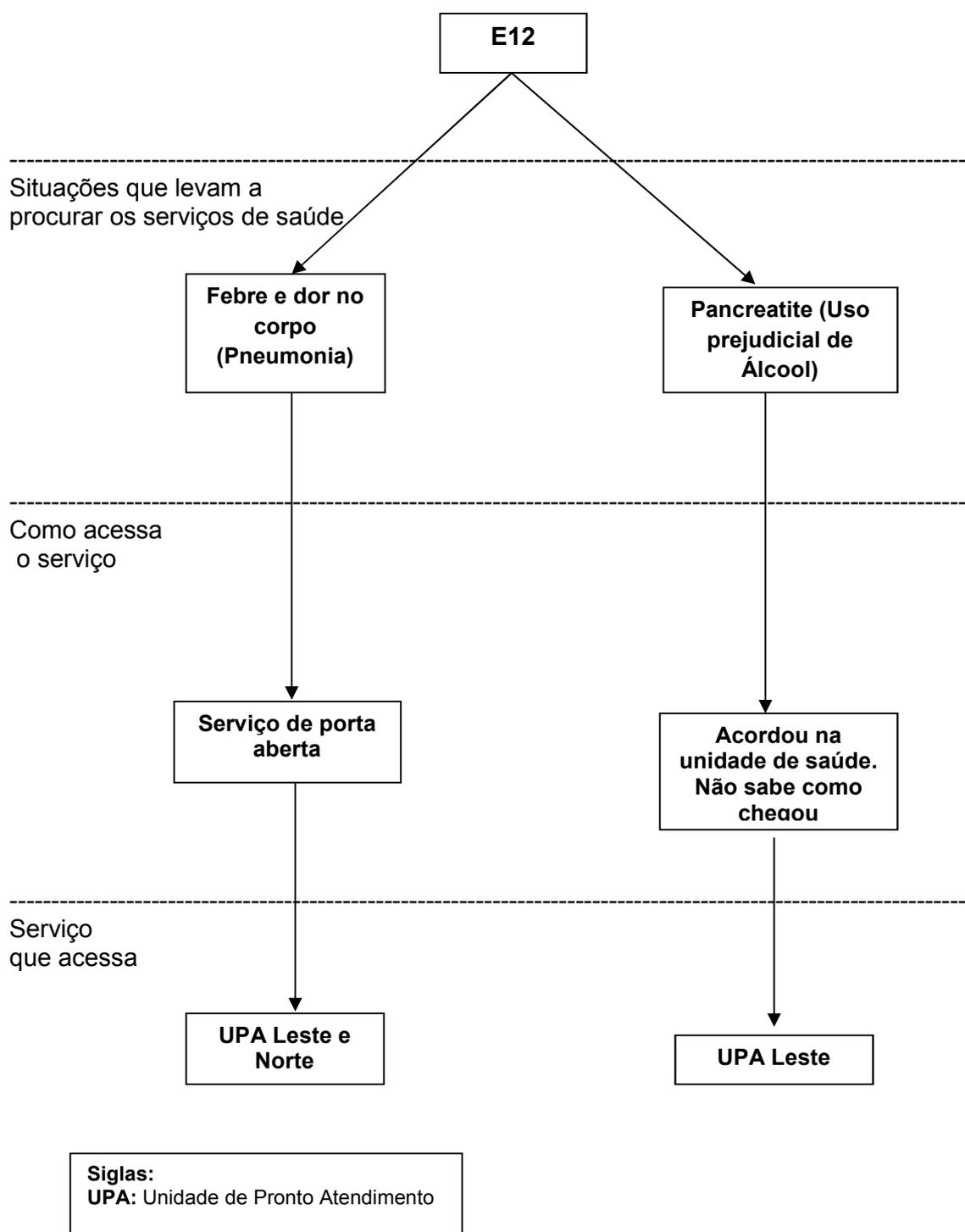


APÊNDICE N – Caminho percorrido por E11 quando tem necessidades de saúde

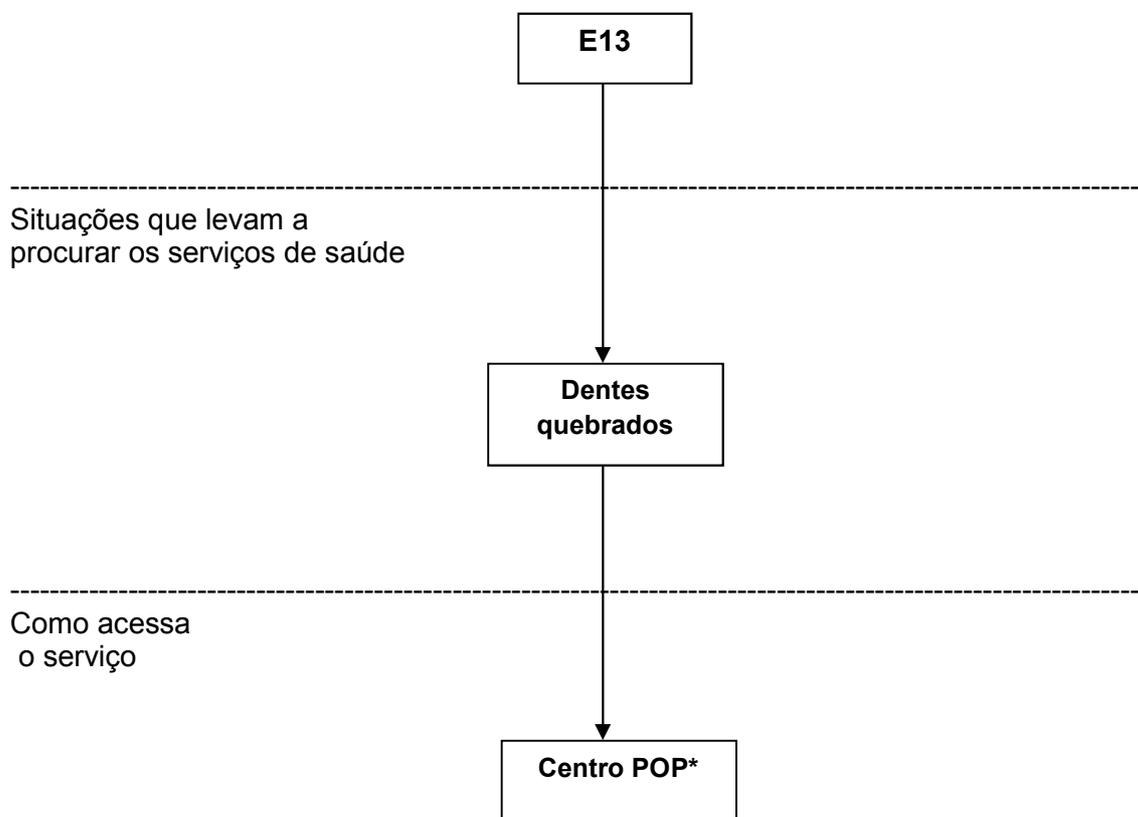


Siglas:
CAS/HU: Centro de Atenção à Saúde/Hospital Universitário
HPS: Hospital de Pronto Socorro
SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

APÊNDICE O – Caminho percorrido por E12 quando tem necessidades de saúde



APÊNDICE P – Caminho percorrido por E13 quando tem necessidades de saúde

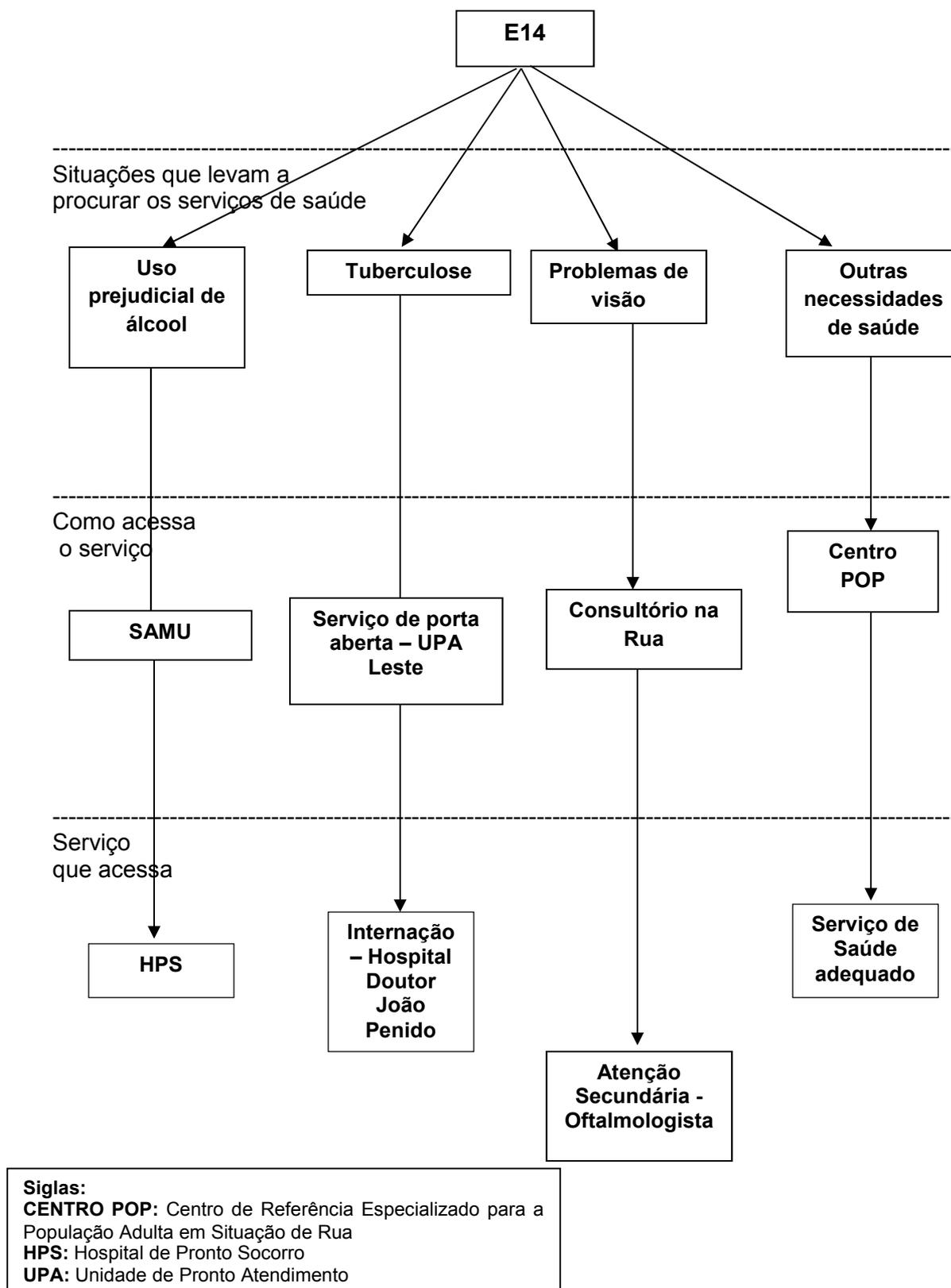


Serviço
que acessa

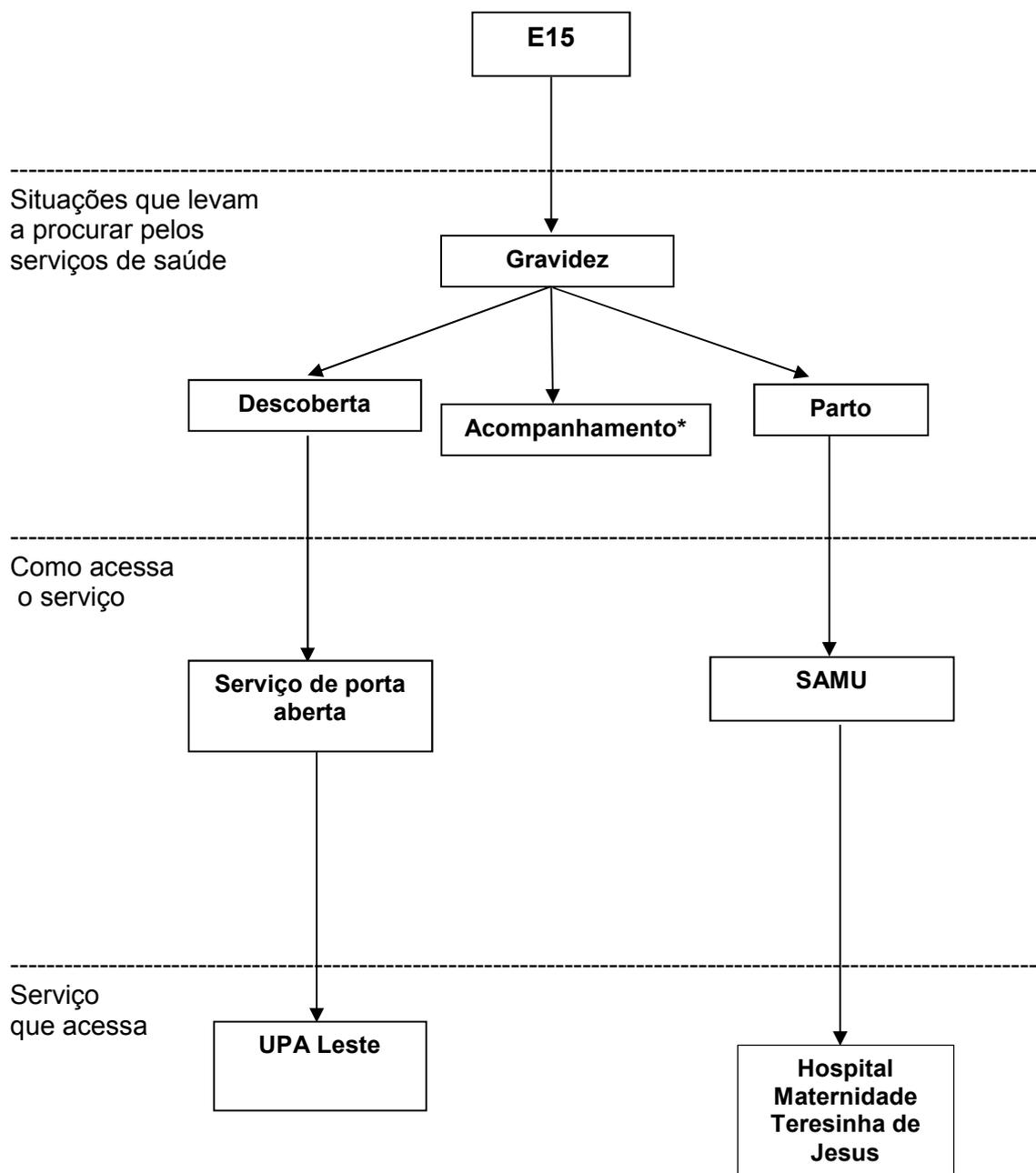
*O Centro POP está tentando o encaminhamento para o Centro de Especialidades Odontológicas e E13 aguarda solução.

Siglas:
CENTRO POP: Centro de Referência Especializado para a População Adulta em Situação de Rua

APÊNDICE Q – Caminho percorrido por E14 quando tem necessidades de saúde



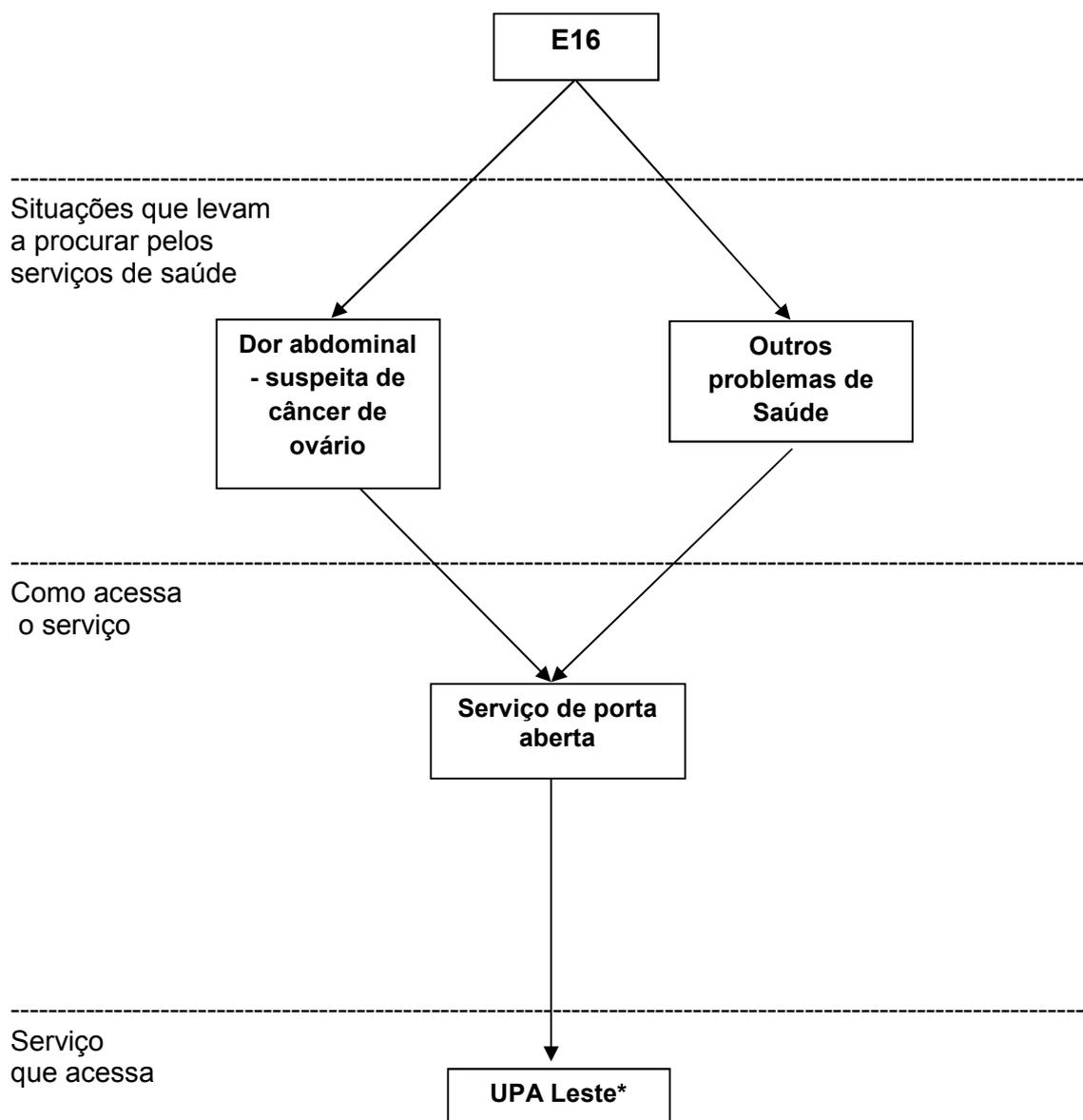
APÊNDICE R – Caminho percorrido por E15 quando tem necessidades de saúde



*Não procurou os serviços de saúde

Siglas:
SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
UPA: Unidade de Pronto Atendimento

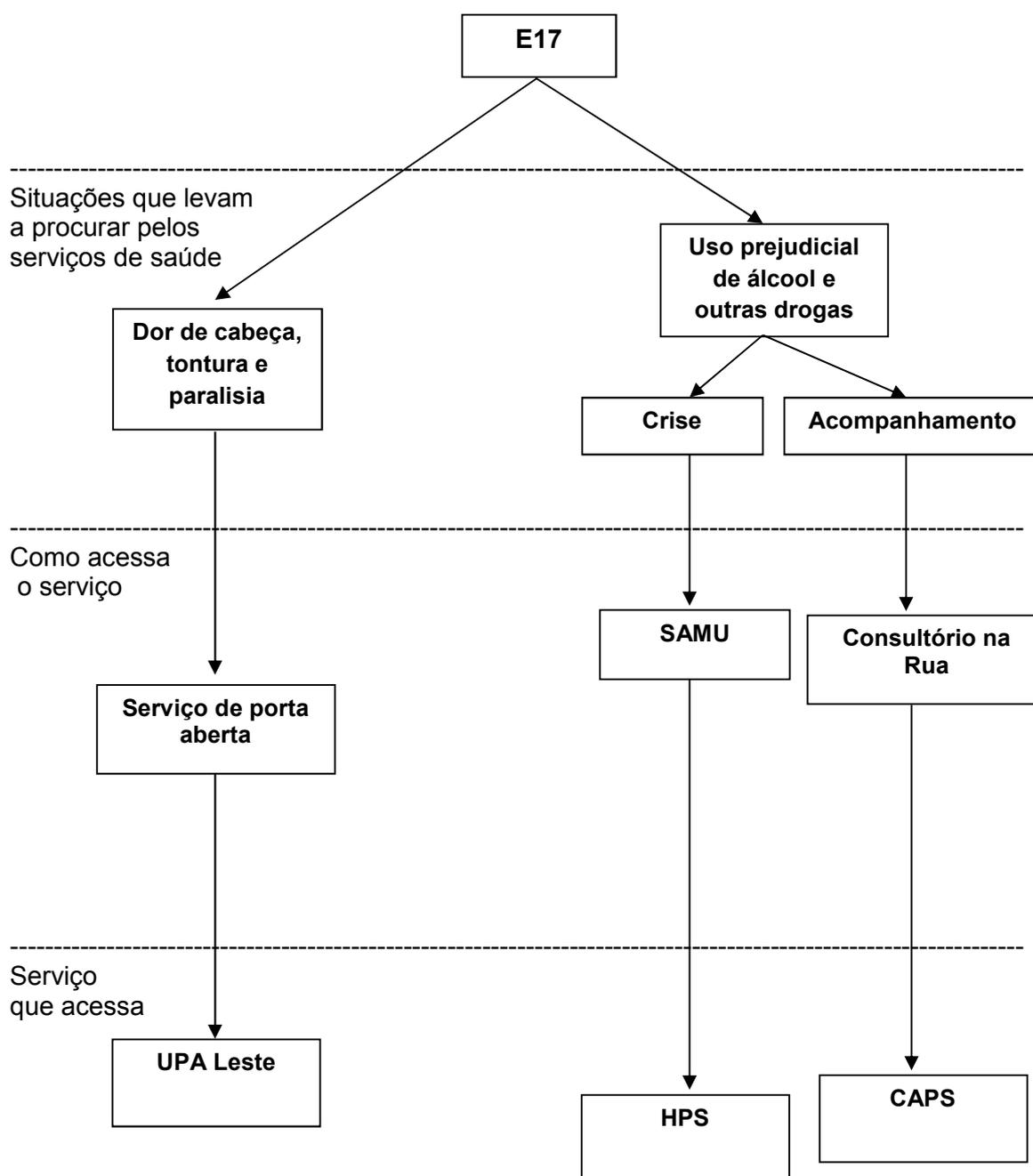
APÊNDICE S – Caminho percorrido por E16 quando tem necessidades de saúde



*É orientada a procurar uma UBS, mas não sabe onde ir.

Siglas:
UBS: Unidade Básica de Saúde
UPA: Unidade de Pronto Atendimento

APÊNDICE T – Caminho percorrido por E17 quando tem necessidades de saúde



Siglas:

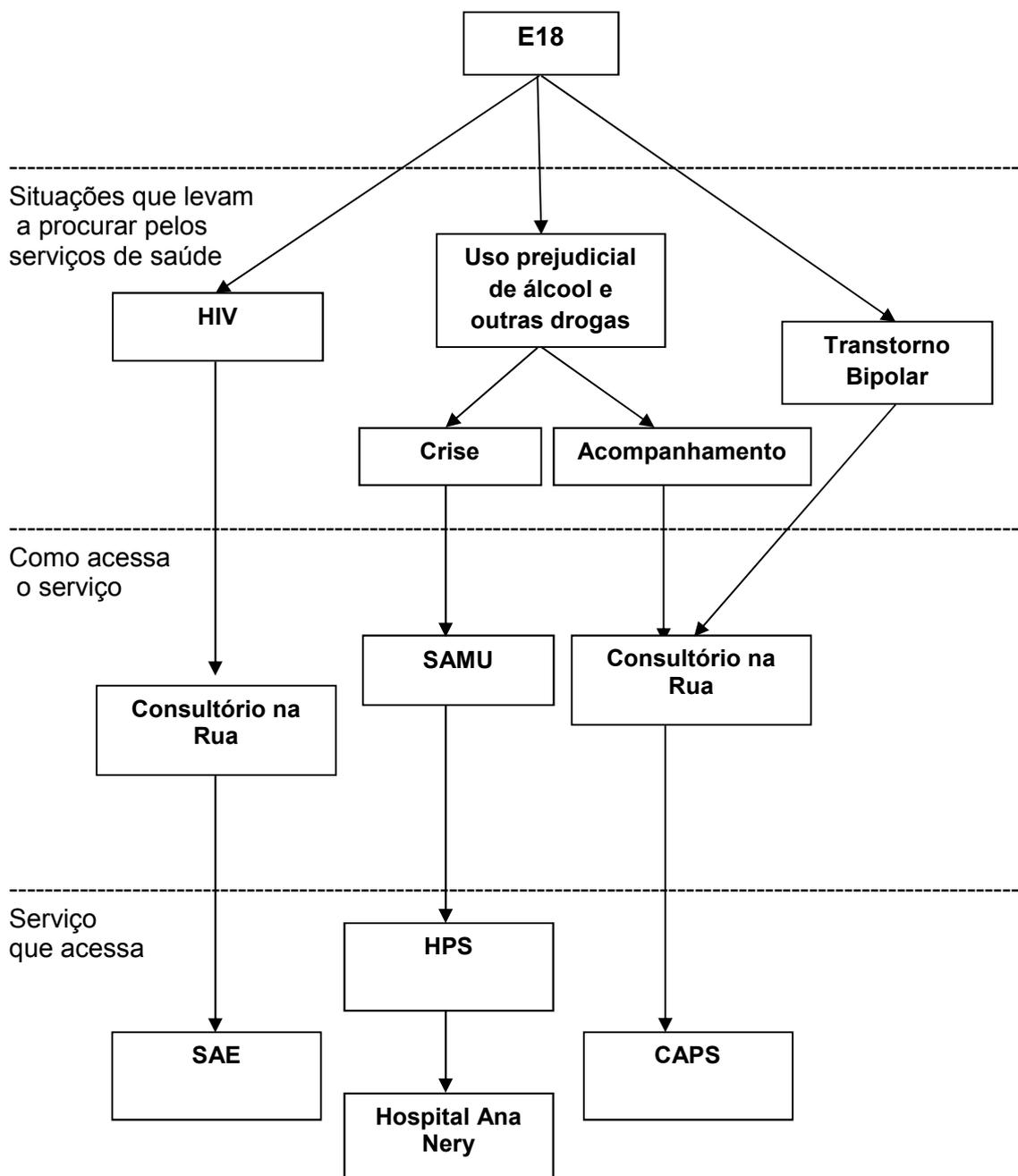
CAPS: Centro de Atendimento Psicossocial

HPS: Hospital de Pronto Socorro

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

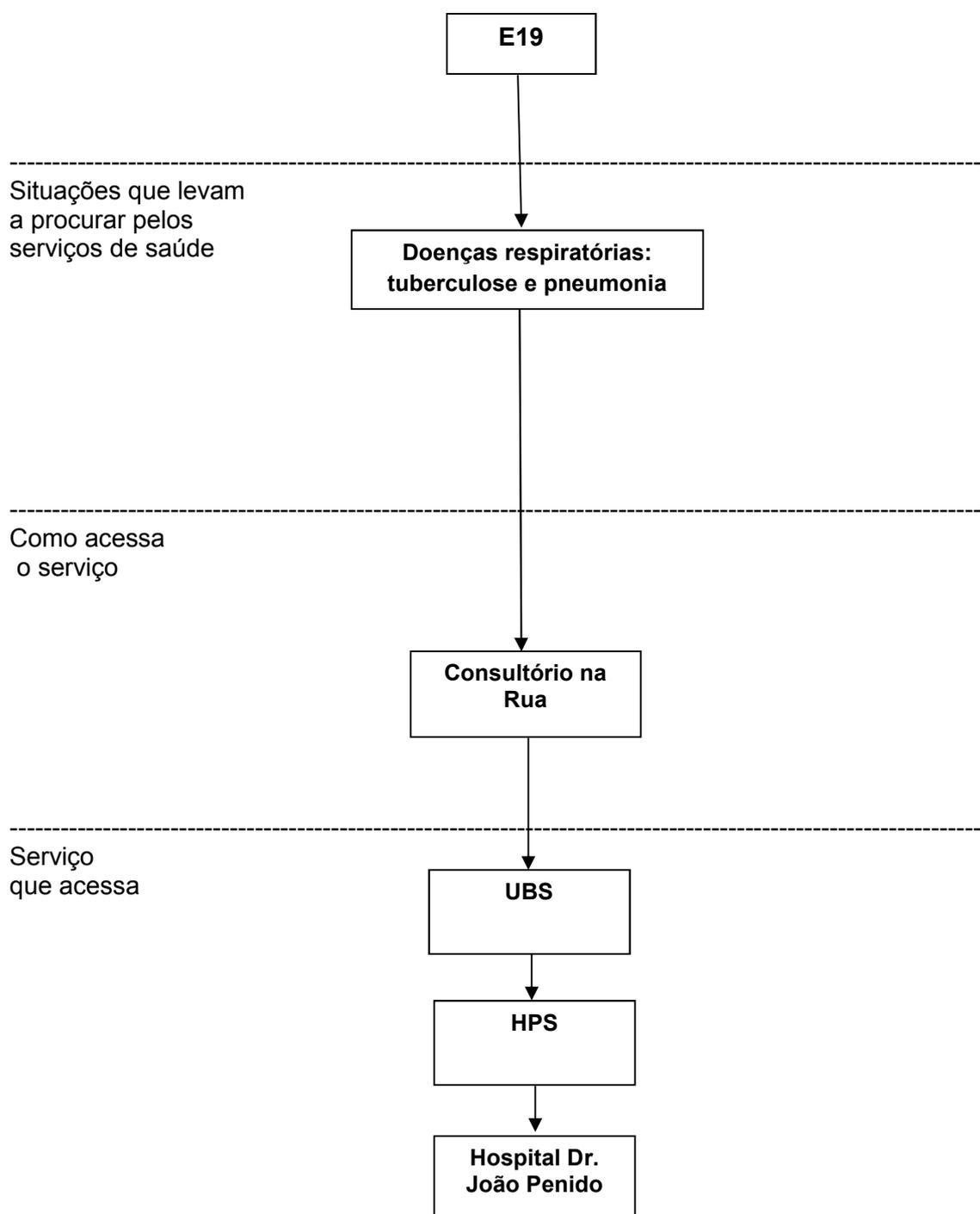
UPA: Unidade de Pronto Atendimento

APÊNDICE U – Caminho percorrido por E18 quando tem necessidades de saúde



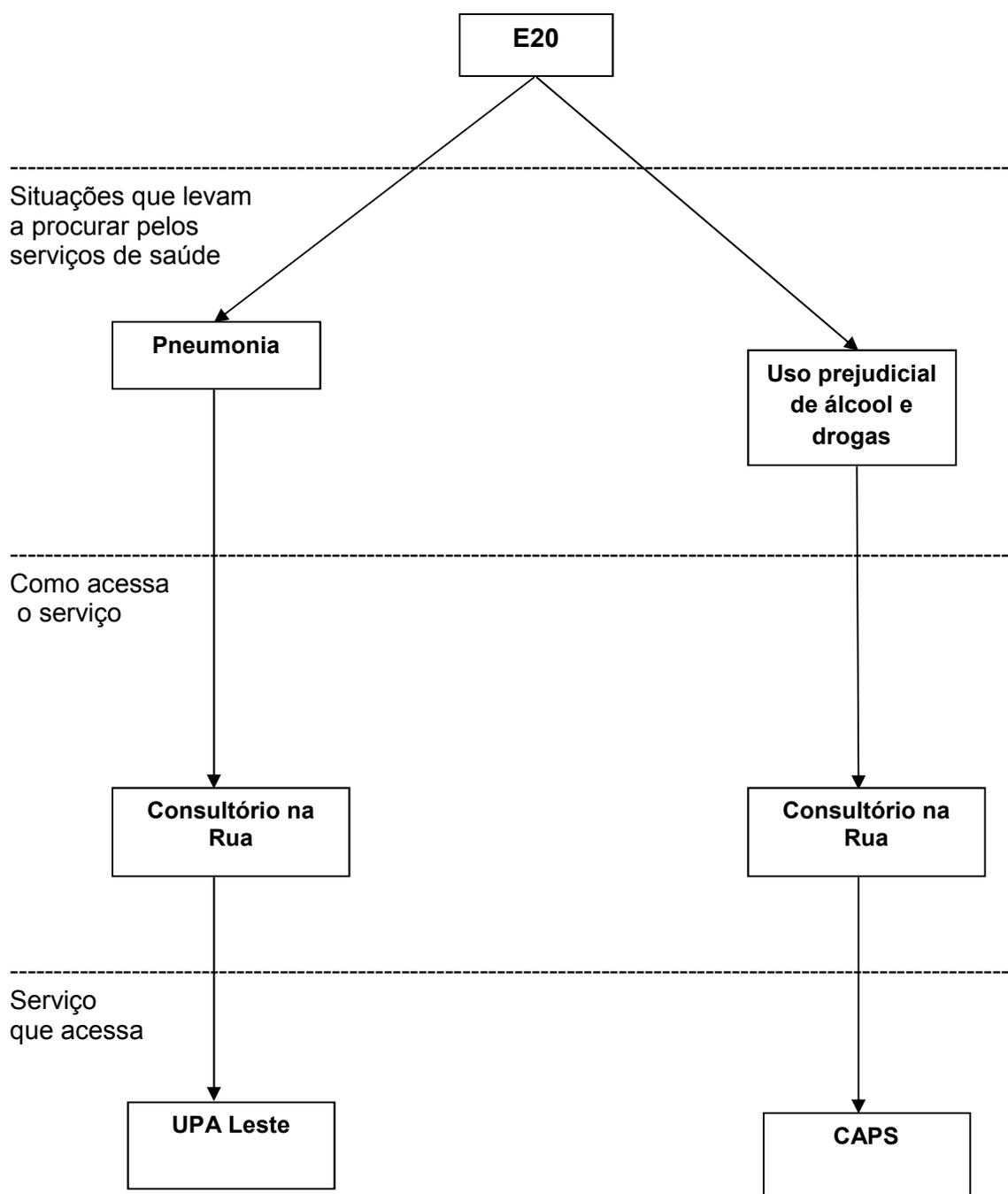
Siglas:
CAPS: Centro de Atendimento Psicossocial
HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana
HPS: Hospital de Pronto Socorro
SAE: Serviço de Atendimento Especializado
SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

APÊNDICE V – Caminho percorrido por E19 quando tem necessidades de saúde



Siglas:
HPS: Hospital de Pronto Socorro
UBS: Unidade Básica de Saúde

APÊNDICE X – Caminho percorrido por E20 quando tem necessidades de saúde

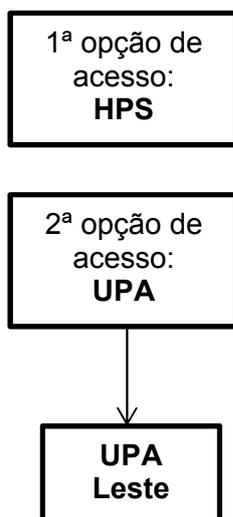


Siglas:
CAPS: Centro de Atenção Psicossocial
UPA: Unidade de Pronto Atendimento

APÊNDICE Z – Principais serviços acessados quando apresentam algum problema de saúde

Acessos facilitados pelo Centro POP e Albergue.

Urgência e Emergência



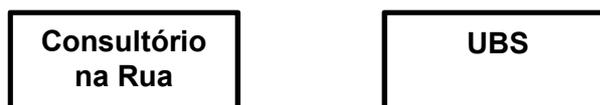
Internação



Serviço Especializado



APS



Siglas:

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CENTRO POP: Centro de Referência Especializado para a População Adulta em Situação de Rua

SAE: Serviço de Atenção Especializada

UBS: Unidade Básica de Saúde

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde como Direito: o acesso da população em situação de rua ao Sistema Único de Saúde

Pesquisador: FABIANA APARECIDA ALMEIDA LAWALL VALLE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62611316.9.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.913.094

Apresentação do Projeto:

O presente estudo será desenvolvido por meio da abordagem metodológica de tipo qualitativo, com estudo descritivo exploratório. Os participantes da pesquisa serão os adultos em situação de rua do município de Juiz de Fora (MG). Estima-se uma amostra de 76 adultos. Os cenários escolhidos para o desenvolvimento da pesquisa são: o Núcleo do Cidadão de Rua e a Casa de Passagem para Mulheres em Situação de Rua, que realizam acolhimento à população em situação de rua do município de Juiz de Fora, em regime de albergue. As técnicas utilizadas para a coleta de dados serão: entrevistas individuais com roteiro norteador semiestruturado e registro em diário de campo. Apresentação do projeto esta clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender como é o acesso ao Sistema Único de Saúde dos adultos em situação de rua do município de Juiz de Fora, Minas Gerais. O Objetivo da pesquisa está bem delineado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.913.094

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos associados à pesquisa são mínimos, isto é, os mesmos riscos que se corre nas atividades cotidianas como conversar, responder perguntas e enquetes. O participante poderá sentir leve desconforto durante a entrevista, ou manifestação de sentimentos desagradáveis, devido à eventual revelação de algumas experiências em relação ao seu acesso ao SUS. Não haverá interferência do pesquisador em nenhum aspecto do bem-estar físico, psicológico e social, bem como da intimidade. Em caso de danos comprovados decorrentes da participação no estudo o pesquisador assumirá a responsabilidade. Contribuir para melhorias dos serviços prestados no campo da saúde, que contemplem as peculiaridades da população de rua; contribuir para elaboração de diretrizes da política municipal da população em situação de rua; e fortalecer o debate sobre os princípios do SUS de universalidade do acesso e igualdade. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e estão adequadamente descritos, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.913.094

466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Dezembro de 2017.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_827920.pdf	18/01/2017 11:33:32		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Versao2.doc	18/01/2017 11:25:02	FABIANA APARECIDA ALMEIDA LAWALL VALLE	Aceito
Outros	Carta_de_apresentacao.pdf	02/12/2016 09:46:02	FABIANA APARECIDA ALMEIDA LAWALL VALLE	Aceito
Outros	Roteiro_de_entrevista_semiestruturada.doc	02/12/2016 09:42:11	FABIANA APARECIDA	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.913.094

Outros	Roteiro_de_entrevista_semiestruturada.doc	02/12/2016 09:42:11	ALMEIDA LAWALL VALLE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	02/12/2016 09:41:29	FABIANA APARECIDA ALMEIDA LAWALL VALLE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_infraestrutura_e_concoodancia.pdf	02/12/2016 09:40:50	FABIANA APARECIDA ALMEIDA LAWALL VALLE	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	02/12/2016 09:40:07	FABIANA APARECIDA ALMEIDA LAWALL VALLE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 09 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
Vânia Lúcia Silva
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br