

Saberes sobre saúde entre pessoas vivendo em situação de rua

Knowledge about health among people living on streets

Débora Cristina da Silva Farias¹

Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues²

Laura Maria Vidal Nogueira³

Ítalo Campos Marinho⁴

RESUMO: Esta pesquisa teve como objetivo identificar os saberes da população vivendo em situação de rua sobre a saúde. As informações foram colhidas por meio de entrevistas individuais feitas com 27 sujeitos moradores de rua, frequentadores de uma instituição filantrópica situada em Belém – Pará. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo temática. Os resultados mostraram que os moradores de rua consideram saúde como sendo um estado ou situação que, na maioria das vezes, não condiz com seu estado atual e que comumente configura-se para eles como uma realidade quase inalcançável. Avaliam que a saúde é resultante da somatória das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer e liberdade. Conclui-se que os problemas frequentes no contexto da saúde, enfrentados por essa população, têm variadas causas, entretanto merece destaque o uso de drogas que foi citado pelos sujeitos como principal motivo para a vivência na rua e conseqüentemente a perda do vínculo familiar e o desemprego. A dependência das drogas é um fator considerado na auto avaliação do estado de saúde. Assim, no cotidiano das ruas, os que nela vivem constroem seus saberes sobre a saúde, baseados principalmente naquilo que a afeta.

Palavras-chave: sem tetos; problemas sociais; pobreza; saúde; higiene.

ABSTRACT: This research aimed to identify the knowledge of population living on streets about health. Data were collected through individual interviews made with 27 homeless subjects, frequenters of a philanthropic institution located in Belém – Pará. Data were analyzed using the technique of thematic content analysis. The results showed homeless consider health as a state or situation that, in most cases, is not consistent with its current state, and that usually sets up for them as an almost unreachable reality. They estimate that health is the sum result conditions of food, housing, education, income, environment, labor, transportation, employment, leisure and freedom. We conclude that common problems in the context of health, faced by this population, have varied causes, however noteworthy, drug use, which was cited by the subjects as the main reason for living on streets, and consequently the loss of family bond and unemployment. Drug addiction is a factor considered in the self-assessment of health status. Thus, on streets everyday, people who live in building their knowledge about health based mostly on what the affects.

Keywords: homeless; social issues; poverty; health; hygiene.

Introdução

Pessoas que vivem na e da rua vítimas do desemprego, da falta de moradia e do

¹ Enfermeira graduada pela Universidade do Estado do Pará - Pará, Brasil. E-mail: deboracsarias@hotmail.com.

² Enfermeira; Doutora em enfermagem; Professora adjunta da Escola de Enfermagem Magalhães Barata da Universidade do Estado do Pará - Pará, Brasil.

³ Enfermeira; Doutora em enfermagem; Professora adjunta da Escola de Enfermagem Magalhães Barata da Universidade do Estado do Pará – Pará, Brasil.

⁴ Enfermeiro graduado pela Universidade do Estado do Pará – Pará, Brasil.

aumento da miséria provocada por contextos sociais ou econômicos desfavoráveis, constituem um grupo comumente observado nos logradouros das grandes cidades. Essas pessoas podem ser classificadas de acordo com situações distintas: ficar na rua – circunstancialmente – situação caracterizada pela transitoriedade, a pessoa ainda tem um projeto de vida e mantém fortes vínculos familiares; estar na rua – recentemente – situação caracterizada pela diminuição do contato com a família e o estabelecimento de novos vínculos na rua; ser da rua – permanentemente – situação caracterizada pela identidade e identificação com a própria rua, que passa a ser espaço de relações. Quando organizados, preferem a denominação de “população em situação de rua” visando ressaltar o princípio de transitoriedade desse processo de absoluta exclusão social (Rosa, Cavicchioli & Brêtas, 2005).

Para a Constituição Brasileira, Decreto 7.053/2009, é considerada população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia ou domicílio convencional e regular. O aumento do contingente da população em situação de rua é uma realidade em todo o país, principalmente nas grandes cidades brasileiras e, até o momento, poucos são os dados concretos sobre a real dimensão desse grupo social no Brasil (Decreto nº 7.053, 2009).

Os números do Censo Populacional realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, não traduzem o real quantitativo dessa população, uma vez que reconhecem somente os que habitam domicílios regulares ou coletivos. Para o IBGE, domicílio regular é o local que se destina a servir de habitação para uma ou mais pessoas e tem como critérios essenciais, simultaneamente, a separação e a independência. Por separação, entende-se o local de habitação limitado por paredes, muros ou cercas e coberto por teto que permite aos moradores isolar-se das demais pessoas para realização de atividades como preparar ou consumir alimentos, dormir e proteger-se do meio ambiente. Quanto à independência, entende-se o acesso direto dos moradores ao local de habitação, permitindo a entrada e saída dos mesmos sem necessidade de adentrar o local de moradia de outras pessoas.

Não sendo a população em situação de rua pertencente ao grupo populacional que habita locais com tais critérios, o IBGE recenseia essas pessoas nos locais que possivelmente utilizam como domicílio improvisado e provisório, no caso de albergues ou instituições similares. Desta forma, parte desse grupo populacional frequenta domicílios coletivos, enquanto a outra fração, que utiliza logradouros públicos em caráter temporário ou permanente como espaço de moradia e sustento, não são contabilizados na estatística nacional (IBGE, 2010).

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome [MDS] realizou entre os anos de 2007 e 2008, uma pesquisa nacional com a população em situação de rua em 71 cidades sendo que, desse total, 48 possuíam mais de 300 mil habitantes. A pesquisa visou estabelecer o contingente da população em situação de rua em todo o país, em busca de informações para propiciar a criação de políticas públicas para essa população. Segundo essa pesquisa, cujos dados foram divulgados em 2008, há 31.922 indivíduos em situação de rua no país, o que não representa o real número dessa população no Brasil, já que somente 71 municípios (1,27% do número total de municípios brasileiros) participaram da pesquisa (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008).

Nesse estudo, foi constatado que no Brasil 88,5% da população em situação de rua afirma não receber qualquer benefício dos órgãos governamentais e 21,7% foram impedidos de entrar em órgãos públicos em algum momento de sua vida. Essa situação mostra o quanto pode ser difícil o acesso ao direito do exercício pleno da cidadania por esse grupo, tendo em vista que somente uma parcela dessa população possui documentos como carteira de identidade (58,9%), carteira de trabalho (39,7%), certidão de nascimento (49,5%) entre outros, e sem esse acesso não teriam condições de obtê-los. Além desses impasses, 19% dessa população relatou que não consegue se alimentar todos os dias - com pelo menos uma refeição - e 29,7% afirmou ter algum problema de saúde. Mediante esse cenário, foi instituída a Política Nacional para População em Situação de Rua, a partir do Decreto Presidencial nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009 e também criado o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da referida política.

Em se tratando do estado do Pará, os números relativos à população em situação de rua também não são muito precisos. Belém, a capital paraense, tem atualmente uma população de 1.393.399 habitantes e, segundo os dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, o número total de pessoas em situação de rua seria de 403, o que representa 0,029% da população total da cidade no ano da pesquisa. Estas estariam submetidas a todas as situações que foram descritas anteriormente (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008).

Belém conta com algumas instituições que atendem e dão suporte às pessoas em situação de rua, dentre as quais três abrigos vinculados a Fundação Papa João XXIII - FUNPAPA, que é instituição pertencente à Prefeitura Municipal de Belém. Dois desses abrigos destinam-se a atender adolescentes do sexo masculino em situação de risco, sendo um para a faixa etária de 07 a 12 anos e outro para a faixa etária de 12 a 18 anos incompletos. O terceiro destina-se para o sexo feminino na faixa etária de 12 a 18 anos incompletos.

Além dessas instituições, a FUNPAPA também coordena uma casa de passagem que acolhe pessoas na faixa etária de 07 a 18 anos incompletos, encaminhados via Conselho Tutelar. A permanência nessa instituição é temporária, em média de 72 horas, após o que são encaminhadas aos abrigos. Ressalta-se que todas as instituições mencionadas atendem crianças e adolescentes em situação de rua, porém, ao completar a maioridade, o destino dessas pessoas é incerto e muitas delas permanecem nas ruas.

A exclusão social pode se refletir no surgimento e/ou aumento da população em situação de rua por atingir, cada dia mais, as pessoas que não se enquadram em modelos econômicos que exigem dos trabalhadores a qualificação profissional que, muitas vezes, é inacessível à maioria da população (Canônico *et al.*, 2008). O fator que mais condiciona as ruas, viadutos, becos e praças das cidades como moradia dessas pessoas ainda é desconhecido, entretanto a ausência de vínculos familiares, o desemprego, a violência, a perda da autoestima, o uso de drogas lícitas ou ilícitas e as doenças mentais entre outros fatores, têm sido apontados como causas que frequentemente desencadeiam o crescimento do número de pessoas que utilizam as ruas como moradia (Francisco, 2011).

Muitas vezes, a chegada às ruas pode ter sido condicionada por algum dos fatores já mencionados. Outras vezes, esses hábitos ou doenças progressivas, na maioria das vezes doenças mentais, podem ser desenvolvidos durante a permanência neste novo modo de vida trazendo, neste contexto, fatores capazes de agravar a convivência nas ruas, como o

risco de vida iminente causado pela exposição dos mesmos à violência. Também o surgimento ou agravamento de variados problemas de saúde, podendo comprometer ainda mais sua capacidade mental e física.

É possível encontrar pessoas que optam por morar nas ruas, nestes casos, a liberdade se sobrepõe às regras de união familiar. Comumente é observado o rompimento de vínculos entre as pessoas em situação de rua e seus familiares, prevalecendo situações de abuso sexual, físico e moral como fatores determinantes para esse distanciamento. Quando se veem sozinhas, buscam por parcerias nas ruas para o enfrentamento de frequentes dificuldades comuns a todas, formando aglomerados que representam força para essa população (Canônico *et al.*, 2008).

O rompimento dos vínculos familiares e sociais repercute de variadas formas na vida dessas pessoas. No que concerne à saúde dessa população, o fato de não dispor de documentos pode trazer dificuldades de toda natureza, inclusive de acesso a serviços de saúde considerando-se que, de acordo com a Portaria Nº 940 de 28 de abril de 2011, a carteira de identidade e comprovante de residência, são documentos necessários para o Cadastro do usuário no Sistema Único de Saúde, representado pela Carteira Nacional de Saúde. Desta forma, pressupõe-se que a falta de documentação seja um dos fatores que dificulta o acesso aos serviços de atenção primária em saúde, impedindo que usufruam de forma plena dos princípios da universalidade e integralidade propostos pelo Sistema Único de Saúde.

No contexto da pesquisa nacional realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS, 2008), os problemas de saúde mais recorrentes nessa população foram: hipertensão (10,1%), problemas psiquiátricos / mental (6,1%), HIV / aids (5,1%) e problemas de visão / cegueira (4,6%). Segundo Bulla, Mendes & Prates (2004), o alcoolismo, a drogadição e a doença mental estão entre os principais motivos que levam as pessoas a morarem na rua. Para Canônico *et al.* (2008), alguns dos que passam a residir na rua enfrentam essas situações vivenciando-as e se tornando parte delas, mesmo quando não estavam anteriormente sujeitos a elas.

Analisando esse contexto é possível perceber que existe uma necessidade premente de atenção a esse grupo populacional no Brasil, principalmente no que concerne às políticas públicas voltadas para suas necessidades, em especial no que diz respeito à saúde. O descaso com essa população pode agravar problemas de saúde pública, considerando que ela costuma se instalar em áreas públicas de acesso a todos e que, nessas condições, correm riscos de toda natureza além da possibilidade de tornarem-se, de forma involuntária, potenciais disseminadores de doenças.

Para instrumentalizar os profissionais de saúde da rede de serviços de atenção primária no cotidiano da sua prática profissional com essa população, foi publicado em 2012 o Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto a População em Situação de Rua, na perspectiva da promoção do cuidado para esse grupo, buscando a ampliação e construção de novas formas de atuação frente aos problemas de saúde por eles enfrentados (Ministério da Saúde, 2012).

Entre outros aspectos, o Manual apresenta e discute a estratégia dos Consultórios de Rua que deixam de focalizar apenas a assistência à saúde mental e passam a atuar nos diferentes problemas e necessidades de saúde dessa população, inclusive na busca ativa e cuidado aos usuários de drogas lícitas ou ilícitas, realizando as atividades de forma itinerante. Os Consultórios de Rua seguem os fundamentos e as diretrizes definidas na

Política Nacional de Atenção Básica e devem desenvolver ações integradas às Unidades Básicas de Saúde. São formados por equipes multiprofissionais compostas por enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal (Ministério da Saúde, 2012).

Todas as iniciativas governamentais e não governamentais que apontam na direção de amenizar ou resolver os problemas que atingem essa população são certamente um avanço. Mas, considerando as particularidades e singularidades que apresenta esse grupo, entende-se que é de suma importância buscar seus conhecimentos sobre as questões que envolvem o seu cotidiano nas ruas, em particular no contexto da saúde. Se avaliarmos a importância das ações de atenção primária visando a promoção da saúde e prevenção de agravos, a vulnerabilidade desse grupo populacional e o pouco conhecimento disponível quanto aos possíveis problemas de saúde que os afetam é que se considera importante conhecer os saberes da população em situação de rua sobre a saúde.

Baseado na problemática apresentou-se o questionamento: Quais saberes a população em situação de rua tem sobre a saúde? No intuito de responder a essa questão se estabeleceu como objetivo: identificar os saberes da população em situação de rua sobre a saúde.

Método

Trata-se de pesquisa qualitativa descritiva realizada na Casa da Sopa, unidade da Associação da Misericórdia Divina Filantrópica, Assistencial e Educacional - AMIDIFAE, uma associação localizada no município de Belém que atende a comunidades carentes, inclusive pessoas em situação de rua. Nesse local são ofertados alimentos, remédios e roupas, sendo que esses produtos são adquiridos por meio de doações da comunidade. A demanda é espontânea e ali são atendidas, diariamente, em média 100 pessoas em situação de rua. Estas vão até o local em busca de alimentos ou outros serviços a qualquer momento durante o funcionamento da Instituição, sem que precisem apresentar qualquer documento.

Os participantes foram selecionados entre as pessoas que frequentam a Casa da Sopa, considerando-se os seguintes critérios de inclusão: ser pessoa em situação de rua, maior de 18 anos, não ter transtorno mental aparente e não estar sob efeito de álcool ou outras drogas no momento da abordagem e coleta de dados. Como critério de exclusão considerou-se unicamente ser pessoa frequentadora da Casa que não se encontrasse em situação de rua.

Aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão chegou-se ao quantitativo de 40 pessoas. Destas, 27 aceitaram e 13 recusaram-se a participar do estudo. A coleta de dados foi organizada em dois momentos: pré-campo e campo. A fase pré-campo iniciou-se assim que os pesquisadores identificaram o local como possível cenário do estudo. Em outubro de 2012 fez-se o primeiro contato com os colaboradores da Instituição para obter informações a respeito do seu funcionamento, da possibilidade de realização da pesquisa e do perfil do público ali atendido. Nesse primeiro momento, teve-se acesso a dados importantes por meio de uma pessoa que presta trabalho voluntário na Casa. Essa voluntária colaborou como informante-chave, elemento que em situações de pesquisa, pode colaborar trazendo informações importantes e precisas sobre um determinado grupo e funcionando como um elo entre eles e os pesquisadores (Jaccoud & Mayer, 2010). Entendeu-se a necessidade

dessa colaboração por conta das características da população de estudo que tem, por sua própria condição de vida, um comportamento muitas vezes arredo. Dessa forma, pode colaborar para facilitar o planejamento das ações para o sucesso da pesquisa.

De posse das informações, os pesquisadores passaram a frequentar a Casa nos horários em que os potenciais sujeitos lá estavam, apresentando-se a eles e fazendo os primeiros contatos. Nesse processo foram feitas abordagens individuais que se basearam em conversações, com assuntos mais gerais, de fácil entendimento para aproximação entre pesquisadores e sujeitos. Essas abordagens foram feitas durante as visitas preliminares à coleta de dados.

Na fase de campo foram convidados aqueles que atenderam aos critérios de inclusão definidos para o estudo. A obtenção dos dados foi feita no período 18 de março a 22 de abril de 2013 por meio de entrevista individual realizada em uma sala privativa na Casa da Sopa no horário de funcionamento da instituição. Os sujeitos responderam a perguntas abertas constantes de um roteiro de entrevista elaborado a partir de dois eixos: dados socioculturais e dados relacionados aos saberes sobre saúde. Este último constou de perguntas referentes às preocupações que esta população tem com sua saúde, bem como quais problemas mais lhe afetam. Os pesquisadores ficaram responsáveis por esclarecer possíveis dúvidas sobre os questionamentos facilitando, assim, o entendimento dos sujeitos sobre as questões. As entrevistas foram agendadas conforme sua conveniência e gravadas com mídia digital (MP4) mediante seu consentimento. Foram respeitados os direitos de anonimato e privacidade de cada pessoa entrevistada identificando as entrevistas por meio de código alfa-numérico com a letra E de entrevista, a inicial do sexo masculino ou feminino e a idade do participante, seguida do número sequencial das mesmas.

Para a análise dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2009). O tratamento dos dados foi feito por meio da classificação dos temas contidos nas respostas de cada participante para as questões do instrumento. Desta forma, fez-se uma análise interna do depoimento de cada um sobre os temas mais presentes por participante e uma análise global por questões de todos os participantes. Ao final, agrupou-se o conjunto de temas assemelhados que formaram duas grandes áreas temáticas. Esses grandes temas organizaram-se a partir de elementos caracterizadores do que é saúde e do que é ter saúde para esse grupo. A partir daí, procedeu-se a separação de unidades de registros (UR) e foi realizada a classificação temática, com a identificação de palavras e ideias, pela ocorrência e coocorrência das mesmas nas UR selecionadas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, parecer nº 205.437 atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussão

Perfil sociocultural dos participantes

Entende-se que é importante fazer um detalhamento das características sócio culturais dos participantes, pois se considera que esse contexto tem relevância na construção dos saberes sobre a saúde, engendrados por eles (Jovchelovitch, 2008).

Quanto ao sexo, 85,2% são do sexo masculino e 14,8% do feminino. A faixa etária

situou-se entre 18 a 50 anos de idade, predominando a de 31 a 40 (37%). Em relação ao estado civil, 62,9% se declararam solteiros.

Quanto a exercerem algum tipo de ocupação, 70,4% dos entrevistados declararam não ter nenhuma ocupação e 29,6% referiram tê-la. Como sem ocupação considerou-se aqueles que declararam cometer furtos ou assaltos, serem “flanelas” - expressão usada para denominar guardadores de carros nas ruas - pedintes e “mangueadores” - expressão usada pelos sujeitos para definir o pedinte que usa de má fé e mentiras para conseguir dinheiro dos transeuntes. Entre os que referem ter ocupação, 100% são do mercado informal a exemplo de catador de latinhas/ferro velho, engraxates, vendas de roupas usadas, guloseimas e artesanato. Nenhum dos sujeitos possuía vínculo empregatício com carteira assinada.

Vale ressaltar que os sujeitos que relataram que realizam pequenos furtos ou assaltos, ao serem questionados sobre sua ocupação, imediatamente responderam “ladrão”. Embora reconheçam que essa prática é contrária às leis e repudiada pela sociedade, ela já se naturalizou entre eles, posto que no seu entendimento, é a prática que exercitam para assegurar a sobrevivência econômica.

Quanto à escolaridade, 48,2% mencionaram o Ensino Fundamental incompleto. No que se refere à regularidade de alimentação, 44,5% não se alimentavam todos os dias, 29,6% pelo menos uma vez ao dia e somente 25,9% faziam três refeições ou mais diariamente.

Quando indagados quanto aos hábitos de higiene pessoal diária observou-se que os sujeitos destacaram o banho e a higiene bucal como sendo as principais formas de higienização pessoal. Dentre os entrevistados, 59,3% relataram tomar banho uma ou duas vezes todos os dias. A higiene bucal não é realizada com a mesma frequência do banho, muitas vezes pela dificuldade de encontrar local onde pudessem fazer esse cuidado.

A maioria, 74,1% dos sujeitos relatou que precisa pagar para tomar banho em banheiros públicos e quando não tem recursos, busca outras alternativas como casas de apoio, cemitérios, banhos com água da chuva e até mesmo do rio, sem uso de produtos detergentes para uma limpeza mais eficaz.

Quanto ao pernoite, 81,5% afirmaram dormir em logradouros, procurando juntar-se a outros companheiros na mesma situação. A justificativa para tal hábito é, além de ajudar um ao outro, o medo de sofrer violência de grupos distintos. Essa também é a principal causa do pernoite em casas abandonadas e até da mudança de hábitos de alguns que dormem durante o dia e vagam pelas ruas a noite para não sofrerem agressões.

Em relação a documentos, 59,3% os possuem, sendo que 25,9% possuem todos - certidão de nascimento, registro geral, cadastro da pessoa física, título de eleitor e carteira de trabalho -, 25,9% somente certidão de nascimento e 7,4% somente o registro geral. Dos que possuem documentos, 40,7% os guardam em residências de familiares.

Quanto ao consumo de drogas lícitas ou ilícitas, 92,5% declararam que fazem uso de alguma dessas substâncias. Desses, 25,9% usam drogas lícitas como cigarro e/ou bebida alcoólica e 14,8% drogas ilícitas, entre elas maconha, crack, cocaína e óxi. O consumo de drogas lícitas e ilícitas de forma associada foi relatado por 51,9% deles. Houve ainda relatos da inalação de substâncias como thinner e cola de sapateiro quando os sujeitos não dispunham de recursos para adquirir as outras drogas.

Saberes sobre a saúde

Nesta análise são discutidas as formas como as pessoas em situação de rua que participaram deste estudo constroem os seus saberes sobre o que é saúde e o que é ter saúde, considerando as particularidades desse grupo.

O que é saúde?

Em relação aos saberes sobre o que é saúde, 88,8% dos sujeitos destacaram quatro temas em seus depoimentos, quais sejam: saúde como sendo o estar/viver bem, a disposição para fazer atividades, a ausência de sintomas ou doenças e a boa higiene. Estes temas se sobressaíram de forma isolada ou em conjunto. Esses sujeitos trazem em seus temas ideias que são discutidas nos demais grupos populacionais e entre os vários autores, mostrando que, para eles também, não há um único conceito que seja capaz de definir saúde, pois são muitas as condições que podem traduzi-la.

EM1924: Pra mim saúde é tu viver bem, limpo, ter higiene contigo mesmo. Pra mim saúde é isso.

EM232: Saúde é a pessoa tá bem, né? Eu não sei te explicar o que é saúde, acho que saúde é quando a pessoa não tá mal, não tá doente, não tá com sintoma nenhum de qualquer doença.

EM4410: Saúde é a pessoa estar forte, ter disposição pra trabalhar, não ter o corpo fraco.

Nos depoimentos de 11,1%, os participantes usaram a palavra “tudo” para definir saúde. No seu entendimento, essa única palavra, trazendo ideia de totalidade, seria capaz de abarcar outras ideias difíceis de definir. Esses sujeitos colocam saúde efetivamente ligada à vida a partir da concepção de que sem saúde não se vive. Pimentel (2012), em seu estudo de saberes sobre a saúde entre mulheres frequentadoras de um centro comunitário em Belém – Pará, identificou o uso da palavra tudo, ligada ao elemento saúde como forma de o sujeito informar a relevância desse objeto a partir do senso comum.

A menção do “tudo” neste estudo vai ao encontro do descrito na tese de Pimentel (2012), pois também para estes sujeitos, descrever saúde como “tudo” parece abarcar todas as possibilidades de descrição de algo complexo e com alta carga de subjetividade, portanto de difícil definição. No que concerne aos sujeitos deste estudo, a importância dada à saúde advém da necessidade do sujeito de desempenhar suas atividades e tarefas diárias, já que é totalmente dependente da força de seu corpo para manter-se e defender-se dos riscos que a vida nas ruas impõe. Neste caso, essa totalidade diz respeito à própria condição de sobrevivência nas ruas.

EF407: [...] A saúde é tudo. Sem saúde você não pode trabalhar, você não pode se manter, não pode fazer nada.

EM3319: Pra mim a saúde é tudo. Na vida da gente se não tiver saúde, a gente pode ter todo o dinheiro do mundo e não tem nada.

A percepção dos sujeitos quanto à saúde coincide, em alguns pontos, com o conceito formulado durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1986), que postula a saúde, em seu sentido mais abrangente, como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer e liberdade. Considerando os relatos, observa-se também que os saberes dos sujeitos sobre a saúde guardam relação com o conceito descrito por Rosa *et al.* (2005) quando diz que saúde é a habilidade do indivíduo de superar incapacidades, utilizando o meio onde vive ao seu favor, tendo condições de responder satisfatoriamente a certas variedades do mesmo. Este último

conceito pode estar mais apropriado no que tange à saúde da população em situação de rua, uma vez que o estado de satisfação do tripé físico, mental e social é, por vários autores, considerado como inatingível para grande parcela da população.

O que é ter saúde?

Quanto ao julgamento sobre o que é ter saúde, 77,7% sujeitos discorreram sobre ideias semelhantes ao apresentado durante a fala do que é saúde. Alguns mencionaram que seria a mesma temática da resposta anterior, já que, para eles, ter saúde seria o estado de possuir ou exercitar os temas. Porém, além dos termos “estar bem”, “ter disposição” e “ter higiene”, 18,5% sujeitos destacou ter boa alimentação e hábitos saudáveis, 14,8% não fazer uso de drogas como traduções da ideia de ter saúde.

EM2825: É ter autoestima, uma pessoa que tá apta prá trabalhar. Isso pra mim que é ter saúde. É a pessoa tá com vigor, tá alegre também, demonstrando que tem saúde.

EM3812: É a pessoa procurar meios pra ter aquela saúde, diferente de mim que bebo, passo a noite acordado [...] Uma pessoa que quer ficar bem [...] dorme cedo, come comidas saudáveis, se exercita.

Para 18,5% dos entrevistados, ter saúde é representado por um contexto que está muito mais ligado a questões sócio afetivas. Nesse caso, uma pessoa saudável é aquela que tem casa e vínculo familiar. Consolidar relações afetivas, fazer parte de grupos socialmente aceitos, são aspectos que permeiam as falas e configuram-se preocupações dos sujeitos, demonstrando que as necessidades de convívio social e as relações familiares estão afetadas, e isso é reconhecido por eles. E se para a sociedade em geral este aspecto é importante, para esse grupo ganha mais vulto por sua condição, posto que, em geral, o rompimento com a família tanto pode estar ligado à causa ou pode ser consequência de estar nas ruas.

EM3319: [...] saudável eu não sou como eu era, quando eu tinha minha casa.

EM366: É ter uma casa, um menino, ir na igreja, orar.

EF3027: [...] ver nossos filhos crescerem. Pra mim, eu quero ficar com a minha saúde para poder ver a minha filha grande, ver ela na vida, numa boa.

A família socialmente se constitui em uma unidade responsável pela construção, formação e desenvolvimento de seus membros, capaz de transmitir valores, regras, costumes e padrões comportamentais aos indivíduos, dentre esses, os hábitos considerados nocivos à saúde. A relação saudável e o afeto familiar podem ser considerados meios de promoção e manutenção da saúde (Selegim, Marangoni & Oliveira, 2011). Estas ideias também são defendidas por Pimentel (2012) destacando as questões da saúde ligadas ao que ela denomina de dimensão sociofamiliar, na qual mostra a importância que é dada a essas relações como favorecedoras para a manutenção da saúde dos indivíduos. Neste estudo essa questão ganha relevância se considerarmos que os sujeitos encontram-se privados dessa possibilidade.

Nos depoimentos é possível constatar que há reconhecimento que, para eles, a saúde pode ser um bem inacessível pela sua própria condição de vivência nas ruas, de que não é possível ter saúde com os hábitos por eles exercidos, principalmente aqueles relacionados às condições precárias de higiene e de alimentação, além do uso de drogas.

Helman (2009) defende que as definições de saúde e doença variam de acordo com características individuais, familiares, culturais e sociais. Nas comunidades ocidentais, as definições de saúde incluem aspectos físicos, psicológicos e comportamentais. Dessa forma, definir alguém como doente envolve aspectos que consideram diferentes esferas de percepções: na esfera individual a pessoa se reconhece doente; na esfera coletiva é reconhecida como tal pela sociedade, sendo que podem, também, articularem-se os dois tipos de percepção. No elenco de experiências físicas ou subjetivas que estão implicadas nesse processo de decodificação de si mesmo ou do outro, estão as mudanças percebidas nas funções orgânicas, que se objetivam no funcionamento de membros, estados emocionais exagerados ou incomuns, mudanças de comportamento e mudanças na aparência corporal. No caso deste estudo, embora para a sociedade essas pessoas, por sua forma de vida, aparentem ter problemas de saúde, elas não se sentem assim, posto que no seu cotidiano naturalizam situações que afetam sua aparência física ou suas funções orgânicas e com ela convivem de forma que, no seu entendimento, estão saudáveis. Se para a sociedade parecem doentes, elas não se reconhecem como tal.

Coincidente com o estudo do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2008), onde 62% dos sujeitos afirmaram não ter nenhum problema de saúde, neste estudo 51,9% dos sujeitos se identificaram como pessoas que têm saúde. Dentre estes, 25,9% afirmaram ter saúde devido à ausência de sintomas, 18,5% referiram tê-la apesar de apresentarem alguns sintomas e 7,4% relacionaram ter saúde com a capacidade de realizar suas atividades diárias ou manter-se em boas condições de higiene.

EF33,13: Eu me considero com saúde, porque a coisa mais difícil é eu adoecer. O que mais me afeta é minhas dores de dente, mas é muito difícil mesmo.

EM18,17: No meu entendimento, eu tenho saúde [...] Eu tenho um problema no meu peito [...] aí quando eu fumo fica muito ruim. Dor de cabeça eu sinto porque eu já peguei terçadada (ataque por arma branca de lamina longa – terçado) na cabeça. Eu já peguei doença de mulher também (doença sexualmente transmissível).

Os 48,1% sujeitos que não se percebem com saúde, tem essa percepção por diferentes motivos, entre eles 18% pelo uso de drogas, 11,1% por viver na rua e 3,7% pela presença de sintomas. Os sintomas mais frequentemente relatados por eles são: dor de cabeça, de dente, dor na coluna, no conduto auditivo, sintomas respiratórios, febre, cansaço, prurido e dores variadas decorrentes de lesões causadas por traumatismos e/ou agressões. Quanto às doenças, no que concerne às transmissíveis, foram relatados apenas dois casos, ambos de doenças sexualmente transmissíveis. Não foram referidos casos ou sintomas sugestivos de outras patologias transmissíveis ou crônicas.

A vida nas ruas pode gerar importantes problemas de saúde, entre eles doenças respiratórias e transmissíveis, como a tuberculose e a pneumonia, doenças dermatológicas, lesões externas por acidentes ou violência e graves doenças sexualmente transmissíveis, como a aids. As morbidades adquiridas na vivência nas ruas podem ser sobrepostas a doenças pré-existentes, entre elas o diabetes e a hipertensão arterial e agravar o quadro da pessoa que sobrevive em condições insalubres. Outra questão essencialmente relacionada à saúde da população em situação de rua é a sua nutrição. A alimentação desse grupo é, na maioria das vezes, abaixo das necessidades corporais ou de qualidade questionável. Os problemas de saúde também estão ligados ao tempo de permanência nas ruas, sobretudo o pernoite nos logradouros, de forma diretamente proporcional, ou seja, quanto maior o tempo de moradia nas ruas, mais graves as condições de saúde da pessoa (Cunha &

Rodrigues, 2009).

Com relação às preocupações apresentadas pelos sujeitos em relação à própria saúde, estas foram pontuais e relacionam-se à precariedade de higiene e presença de alguns sintomas, além do uso de drogas.

EM3616: *Porque se a gente passa dois ou três dias sem tomar banho, a gente começa a feder, se a nossa matéria não presta por fora, não presta por dentro também.*

EM1921: *Meu problema de saúde que mais me afeta é o problema de eu me livrar do vício, porque eu nesse vício, eu tô prejudicando a minha saúde, tô prejudicando a minha vida.*

Esses relatos vão ao encontro do estudo de Carneiro Jr, Nogueira, Lanferini, Ali & Martinelli (1998), onde destaca que as pessoas em situação de rua, muitas vezes estão mais atentas a questões como alimentação e locomoção que viabilizam a sua sobrevivência. Dessa forma, não são tão expressivas para essa população as preocupações relacionadas especificamente com males físicos, principalmente se eles não os incapacitam. Para a maioria, se há como se alimentar e se locomover não há com o que se preocupar, visto que a manutenção da força para modos de sobrevivência é prioridade para eles.

Segundo Prates (2011) é indispensável a articulação entre estado e sociedade para a superação de estigmas e preconceitos junto ao imaginário social, para que a pessoa em situação de rua possa ser reconhecida como sujeito de direitos. Rosa *et al.* (2005) destaca vários fatores relacionados à vida nas ruas que podem ser apontados como causa de uma condição de saúde ineficaz. Para combatê-los seria necessário o acesso amplo aos serviços de saúde. Nesse amplo acesso, destaca-se a habilidade dos profissionais de saúde em lidar com esse público, pois o desconhecimento dos profissionais leva ao despreparo para o atendimento a essa população.

Conclusões

Durante a execução desta pesquisa percebeu-se que as discussões sobre a atenção à saúde da população em situação de rua são recentes. O manual publicado pelo Ministério da Saúde em 2012 é o que há de mais novo e mais direcionado para o atendimento dessa população no âmbito nacional. No entanto, apesar da disponibilidade dessa ferramenta que contempla as estratégias para lidar com a população em situação de rua no Brasil, ainda não se pode visualizar essa realidade no contexto da saúde desse grupo em grande parte do país, inclusive em Belém.

O estudo oportunizou o acesso aos saberes da população em situação de rua sobre a saúde por meio de uma experiência desafiadora de aproximação com essas pessoas que, em sua maioria, apresentam comportamento arredo e barreiras na comunicação. Diante das respostas aos questionamentos, concluiu-se que esse grupo conceitua saúde como sendo um estado ou situação que, na maioria das vezes, não condiz com seu estado atual, e que comumente configura-se para eles como uma realidade quase inalcançável.

Evidenciou-se que os problemas frequentes no contexto da saúde enfrentados pela população em geral, ganham relevância para essa população, como o uso de drogas, citado pelos sujeitos como principal motivo para a vivência na rua, perda do vínculo familiar e desemprego. As drogas também são mencionadas como um dos motivos para a não alimentação adequada e como padrão para avaliação do estado de saúde, sendo que alguns entrevistados não se dizem saudáveis devido à dependência dessas substâncias.

A experiência que resultou no presente estudo mudou a concepção dos pesquisadores, não só no que concerne à saúde, mas em uma abordagem integral a respeito desses sujeitos, vítimas da exclusão social, que no cotidiano das ruas constroem seus saberes. O conhecimento que advém a partir dessa experiência compartilhada aqui poderá ser o diferencial no atendimento dessa clientela futuramente, melhorando o desempenho profissional frente às necessidades apresentadas e discutidas.

Uma limitação do estudo foi o quantitativo reduzido de sujeitos, o que não permitiu traçar um panorama mais ampliado do problema dessa população em Belém. Mas, ao realizá-lo certificou-se de que pouco se sabe sobre eles. Com esta pesquisa entende-se que emerge uma “ponta do iceberg” que pode estimular outros como forma de ampliar este conhecimento e oferecer subsídios importantes para a implementação dos consultórios de rua em Belém, política prioritária do Ministério da Saúde.

Referências

- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Bulla, L. C., Mendes, J. M. R., & Prates, J. C. (2004). *As múltiplas formas de exclusão social*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Brasil (1986). *VIII Conferência Nacional da Saúde: Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. Recuperado em 20 jan., 2013, de http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf.
- Canônico R. P., Tanaka, A. C. D., Mazza, M. M. P. R., Souza, M. F., Bernat, M. C., & Junqueira, L. X. (2008). Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. *Rev. Esc. Enfermagem USP*, 47, 799-803.
- Carneiro Jr, N., Nogueira, E. A., Lanferini, G. M., Ali, D. A., & Martinelli, M. (1998). Serviços de Saúde e População de Rua: Contribuição para um debate. *Rev. Saúde e Sociedade*, 7, 47-62.
- Cunha, J. V. Q., & Rodrigues, M. (Orgs.) (2009). *Rua: Aprendendo a Contar*. Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Secretaria Nacional de Assistência Social, 240p. Brasília: Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome.
- Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009* (2009). Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado em 19 setembro, 2012, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm.
- Francisco, W. C. (2011). *População em Situação de Rua*. Recuperado em 24 set., 2012, de <http://www.brasilecola.com/brasil/populacao-situacao-rua.htm>.
- Helman, C. G. (2009). *Cultura, saúde e doença* (4a. ed.). Porto Alegre: Artemed.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). Acesso à informação. *Guia do Censo 2010 para jornalistas*. Recuperado em 07 out., 2012, de http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/guia_do_censo_2010_conceituacao.php.
- Jaccoud, M., & Mayer, R. (2010). A observação direta e a pesquisa qualitativa. In J. Poupart *et al.* *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos* (2a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Jovchelovitch, S. (2008). *Os Contextos do Saber: representações, comunidade e cultura*. Petrópolis: Vozes.
- Ministério da Saúde. (2012). *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua* / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2008). Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Meta Instituto de Pesquisa e Opinião. *Sumário Executivo – Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome.

Pimentel, I. M. S. (2012). *Saberes sociais de mulheres sobre a saúde e suas influências nas práticas de cuidado*. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Portaria Nº 940, de 28 de abril de 2011 (2011). Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). Ministério da Saúde. Brasília, DF. Recuperado em 26 set., 2012, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html.

Prates, J. C. (2011). Populações em Situação de Rua: Os processos de exclusão e inclusão precária vivenciada por esse segmento. *Temporalis*, 22, 191-215.

Rosa, A. S., Cavicchioli, M. G. S., & Brêtas, A. C. P. (2005). O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. *Revista Latino Amer. Enfermagem*, 13, 576-582.

Selegim R, M., Marangoni, S. R., Marcon, S. S., & Oliveira, M. L. F. (2011). Vínculo familiar de usuários de crack atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(5). Recuperado em 20 abril, 2013, de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_14.pdf.

Apresentação: 25/03/2014

Aprovação: 02/06/2014