



UNIVERSIDADE
DO BRASIL

UF RJ

INSTITUTO DE BIOLOGIA – CEDERJ



EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO
MUNICÍPIO DE ITAGUAÍ, RJ

LORENA VALADARES PEIXOTO LOVERA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
PÓLO UNIVERSITÁRIO DE ANGRA DOS REIS

2018



UNIVERSIDADE
DO BRASIL
UFRJ

INSTITUTO DE BIOLOGIA - CEDERJ



EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO
MUNICÍPIO DE ITAGUAÍ, RJ

LORENA VALADARES PEIXOTO LOVERA

Monografia apresentada como atividade obrigatória à integralização de créditos para conclusão do curso de Licenciatura em Ciências Biológicas – Modalidade EAD.

Orientador: Rodrigo dos Santos Diaz

ORIENTADOR: RODRIGO DOS SANTOS DIAZ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
PÓLO UNIVERSITÁRIO DE ANGRA DOS REIS

2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Lovera, Lorena Valadares Peixoto

Educação em saúde para população em situação de rua no município de Itaguaí, RJ. Angra dos Reis, 2018. 67 f. il 31cm

Orientador: Rodrigo dos Santos Diaz

Monografia apresentada à Universidade Federal do Rio de Janeiro para obtenção do grau de Licenciada no curso de Licenciatura em Ciências Biológicas – Modalidade EAD. 2018.

Referências bibliográficas: f.60-66 .

1. Saúde; Qualidade de vida; População em situação de rua; Itaguaí; Saúde-doença; Educação em Saúde

I. DIAZ, Rodrigo dos Santos

II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Licenciatura em Ciências Biológicas – Modalidade EAD

III. Educação em saúde para população em situação de rua no município de Itaguaí, RJ

Dedico este trabalho em primeiro lugar a Deus, dono dos meus dias, e em segundo dedico a todos que me amam e me querem bem, por permanente apoio e segurança.

AGRADECIMENTOS

“Tudo o que fizerem, seja em palavra seja em ação, façam-no em nome do Senhor Jesus, dando por meio dele graças a Deus Pai” (Colossenses 3:17)

Agradeço em primeiro lugar ao meu Deus, que me sustentou até aqui e me colocou de pé a cada dia, sem Ele não sou nada, tudo que tenho e sou é dEle, por Ele e para Ele. Exaltado seja o nome do Senhor. Sou grata a minha família que me apoiou, gostaria de agradecer a cada um deles, meu pai Teófilo Ramon Lovera, minha mãe Vera Lucia Lovera, meu irmão Vinicius Lovera e minha vó Josepha Valadares. Eu agradeço cada palavra de incentivo e conforto, eles participaram dessa minha trajetória. Eu agradeço ao meu namorado amado Marcus Henrique de Freitas pela paciência, apoio e conforto durante os momentos difíceis do caminho trilhado. Ao meu orientador Rodrigo Diaz pela confiança, dedicação e acompanhamento. Muito Obrigada mesmo, Deus te abençoe! Agradeço ao meu professor Heitor de Paula Neto, pelas orientações. Agradeço muitíssimo a Mônica do Rosário, Eliane Lima de Oliveira, Rosangela Silva, Renata Martins, Tatiana Figueiredo, Flavia Santos, Sergio Espínola, Dejanine Braga, Letícia Guimarães, Íris Vicente e toda equipe do centro pop e CSEAS e meus colegas de trabalho, muito obrigada, em especial a Mônica, pois gastou seu tempo para ler meu trabalho e colaborou com importantes orientações! Aos meus amigos de Graduação, Graziela Alves, Vanessa Fonseca e Carolina Souza, pelo auxílio ao longo do caminho, as aventuras, as reclamações e conquistas, eu agradeço a essas mulheres cada esforço mútuo que contribuiu para a conclusão de mais essa etapa. Desejo que elas conquistem seus sonhos. Força, não desanimem! Agradeço aos meus amados amigos, são muitos e verdadeiros, que me deram força e animaram, são eles Karol Marinho, Tauany Correa, Thamires Souza, João Pedro Vasconcelos, Gabriella Ferretti, Nádia Rodrigues, Lucas Luiz, Ana Caroline Ferreira, Paulo Roberto Stadtlober, Lorrana Menezes, Nicolas Ribeiro, Kaylane Ribeiro, pastor Willian Vieira e Família. Agradeço a minha segunda família, Dona Angela Freitas, Seu Nelci Freitas, Dona Sueli Freitas e Matheus Freitas. Amo todos vocês, sou muito abençoada por ter pessoas assim tão especiais na minha vida.

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. OBJETIVOS.....	16
3. PESQUISA BIBLIOGRÁFICA	17
3.1. Aspectos demográficos da população em situação de Rua no Brasil	17
3.2. A Política de Assistência Social no atendimento da população em situação de rua.....	19
3.3. Condições de Saúde e acesso aos Serviços e programas governamentais.	22
3.4. O uso abusivo de álcool e outras drogas pela população em situação de rua	24
3.5. Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-AD) e Consultório na Rua	29
4. METODOLOGIA.....	31
4.1. Amostragem	31
4.2. Instrumentos de pesquisa	32
4.3. Procedimentos	33
4.4. Análise dos dados.....	33
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	34
5.1. Mensuração dos indivíduos por gênero e idade.	34
5.2. Indicativo de consumo de álcool e outras drogas pela população estudada.....	38
5.3. Indicativo de frequência no CAPS-AD pela população estudada.....	44
5.4. Indicativo da presença de Doença pela população estudada; que segue o tratamento corretamente; Local onde procura auxílio e última vez que procurou atendimento pela população estudada.....	46
5.5. Indicativo de situação estigmatizante sofrida pela população estudada em instituições de Saúde. 55	
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
7. REFERENCIA.....	60

8. APÊNDICE	67
-------------------	----

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 Residentes da Instituição de Acolhimento CSEAS	32
Gráfico 1 Porcentagem de pessoas do sexo masculino e do sexo feminino da população entrevistada. Itaguaí, 2015	34
Gráfico 2 Porcentagem de pessoas divididas por faixa etárias: 18-24; 25-35; 36-45, e 46-60. Itaguaí, 2015	35
Gráfico 3 Porcentagem de pessoas que fazem uso de álcool. Itaguaí, 2015.....	38
Gráfico 4 Porcentagem de pessoas que fazem uso de Tabaco. Itaguaí, 2015.....	41
Gráfico 5 Porcentagem de pessoas que usam drogas ilícitas. Itaguaí, 2015.....	42
Gráfico 6 Porcentagem de pessoas que frequentam o CAPS-AD. Itaguaí, 2015.	44
Gráfico 7 Porcentagem de pessoas que declaram portar alguma doença. Itaguaí, 2015.	47
Gráfico 8 Doenças citadas pelos entrevistados. Itaguaí, 2015	48
Gráfico 9 Porcentagem de pessoas que mencionaram portar alguma doença e segue ou não o tratamento corretamente. Itaguaí, 2015.	49
Gráfico 10 Porcentagem de acesso e utilização de serviços de saúde pelas pessoas entrevistadas. Itaguaí, 2015.	51
Gráfico 11 Porcentagem de tempo do último atendimento médico da população estudada. Itaguaí, 2015.	53
Gráfico 12 Porcentagem de pessoas que sofreram ou não alguma situação estigmatizante em instituição pública. Itaguaí, 2015.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test (Teste de identificação de Distúrbios do Uso de Álcool)

ASSIST: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

CadÚnico: Cadastro Único

CAGE: Cut Down, Annoyed by Criticisms, Guilty e eye-opener

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-AD: Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas

CEBRID: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

Centro POP: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

CNAS: Conselho Nacional de Assistência Social

CSEAS: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

CRAS: Centro de Referência da Assistência Social

CRPR: Centro de Referência da População de Rua

CSEAS: Centro de Suporte Especializado da Assistência Social

DST: Doença Sexualmente Transmissível

eCR: Equipe do Consultório de Rua

FTND: Fagerstrom para dependência de nicotina

FIPE: Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas

HIV: Human Immunodeficiency Virus

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LENAD: Levantamento Nacional de Álcool e Drogas

MDS: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

PBH: Prefeitura de Belo Horizonte

PNAS: Política Nacional de Assistência Social

PTS: Projeto Terapêutico Singular

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

RJ: Rio de Janeiro

SENAD: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Administração de Serviços de Abuso de Substâncias e Saúde Mental)

SMAS: Secretaria Municipal de Assistência Social

SMASDH: Secretaria Municipal de Assistência Social e Desenvolvimento Humano

SUAS: Sistema Único de Assistência Social do Brasil

SUS: Sistema Único de Saúde

ONG: Organização não Governamental

OMS: Organização Mundial da Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

UNIAD: Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas

Unifesp: Universidade Federal de São Paulo

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

RESUMO

O esperado de uma sociedade saudável, em todos os aspectos, é a efetiva equidade social. Conhecemos o papel do Estado na sua consolidação e de cada cidadão com sua responsabilidade individual na sociedade em que vive, mas podemos observar os diversos grupos sociais que são marginalizados e encontram-se em vulnerabilidade social. As pessoas que vivem na rua estão em contato direto com doenças sexualmente transmissíveis, ao uso direto de álcool e outras drogas e com o contágio de doenças infecciosas e parasitárias, consistindo num risco para elas próprias e para a comunidade. O consumo abusivo de álcool e outras drogas e a conseqüente dependência a essas substâncias tornou-se um grave problema, trazendo impactos sociais e à saúde da população em geral. Com experiências diferentes dos demais cidadãos com emprego e moradia fixa e uma vida relativamente estabilizada, a população em situação de rua está exposta a fatores diversos que comprometem a sua qualidade de vida. O objetivo desse trabalho é compreender se esse público preocupa-se com sua saúde, como lidam com o seu próprio corpo, suas atividades no cotidiano e a procura de tratamento adequado aos problemas físicos e mentais a eles acometidos. Foi realizada uma pesquisa com a população em situação de rua do município de Itaguaí, RJ, sobre suas experiências e suas atitudes em relação ao tema saúde-doença. Tomando por base a pesquisa bibliográfica e a experiência empírica, observou-se pouca procura por tratamento, inclusive no controle da dependência de álcool e outras drogas, causador de diversas enfermidades. Constatou-se alta prevalência do consumo de substâncias psicoativas, sugerindo que essa seja a questão que necessite de mais atenção. A utilização de práticas educativas para conscientizar a população alvo provavelmente reduziria o descuido com o corpo e a saúde.

Palavras-chave: Saúde; Qualidade de vida; População em situação de rua; Itaguaí; Saúde-doença; Educação em Saúde

ABSTRACT

The expected for a healthy society, in all aspects, is the effective social equity. We know the role of the State in its consolidation and of each citizen with his individual responsibility in the society in which he lives, but we observe the various social groups that are marginalized and are in social vulnerability. People living on the street are in direct contact with sexually transmitted diseases, the direct use of alcohol and other drugs and the contagion of infectious and parasitic diseases, which are a risk to themselves and to the community. The abusive consumption of alcohol and other drugs and the consequent dependence on these substances has become a serious problem, bringing social impacts and health impacts for the population in general. With different experiences of other citizens with employment and fixed housing and a relatively stable life, the homeless population is exposed to several factors that compromise his/her quality of life. The aim of this work is to understand if this public is concerned with their health, how they deal with their own body, their daily activities and the search for appropriate treatment for the physical and mental problems they have. A survey was carried out with the people living in the street in the city of Itaguaí, RJ, about their experiences and their attitudes regarding the health-disease theme. Based on bibliographic research and empirical experience, there was little demand for treatment, including the control of dependence on alcohol and other drugs, causing various diseases. There was a high prevalence of psychoactive substance use, suggesting that this is the issue that needs more attention. The use of educational practices to raise awareness of the target population would probably reduce carelessness with the body and health.

Palavras-chave: Health; Quality of life; Homeless Population; Itaguaí; Health-disease; Health Education

1. INTRODUÇÃO

Há diferentes histórias nas ruas, uma variedade ampla de experiências, uma população heterogênea que torna-se difícil sua caracterização e conceituação (VARANDA & ADORNO, 2004). Contudo, encontramos três situações de vivência nas ruas, de acordo com Vieira, Bezerra e Rosa (1992): existem aquelas pessoas que por qualquer circunstância adversa, acabam por se encontrar na rua - seja por perda do emprego, vindo de outra região em busca de maiores oportunidades, ou desavença com a família - contudo, desejam sair dessa situação, pois não se sentem seguros, sendo assim, buscam locais que possa protegê-los. Outros já não se sentem ameaçados e constroem relações entre as pessoas na mesma condição e encontram atividades que garantam sua sobrevivência na rua, como por exemplo, guardar carros, catar materiais para reciclagem, descarregar cargas etc. E existem aquelas pessoas que são o estereótipo morador de rua. É a pessoa que está há tanto tempo na rua e, por causa do uso de drogas, pela violência, má alimentação, entre outras razões, possui comprometimento físico e mental; costumam pedir dinheiro e alimento, ficam pelas calçadas ou caídos pelos cantos, sendo o típico “mendigo” conhecido pela sociedade. Quando não há o conhecimento da variedade de vidas que compõe a população em situação de rua, cria-se um padrão preconceituoso, cheio de estigma e discriminatório. Cria-se a ideia que toda pessoa em situação de rua é desocupada, drogada, suja e violenta (ANDRADE, COSTA & MARQUETTI, 2014).

A intenção da presente pesquisa foi analisar o tema Saúde e práticas saudáveis (ou prejudiciais) relacionados à vivência da população em situação de rua do município de Itaguaí, RJ, com o intuito de dar visibilidade ao tema e fomentar a elaboração de medidas educativas para a promoção da saúde e qualidade de vida, tal como prevenir o surgimento de doenças. Deste modo, considerando a heterogeneidade dessa população, foram realizadas buscas literárias relacionadas à temática e comparado aos resultados encontrados em Itaguaí. Esses resultados foram oriundos de entrevista semiestruturada, realizada individualmente com cada usuário dos serviços de Assistência Social do Município, entre agosto e outubro do ano de 2015.

Segundo dados do Censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE em 2010), o município de Itaguaí possui população total de 109.091 habitantes, divididos em população urbana, que compreende 104.209 habitantes, e população rural, com 4.882 habitantes, em uma área territorial de 274 km². 5% da população total do

município encontra-se em situação considerada de extrema pobreza (5.420 hab.). Das famílias do Município cadastradas no Cadastro único (CadÚnico), realizados nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), 105 estão em situação de rua (IBGE, 2010). Não foram encontrados estudos que abordassem a população em situação de rua de modo mais amplo no município, apesar da numerosa quantidade de pessoas nessa condição no centro de Itaguaí, que dispõem de acompanhamento frequente da equipe de abordagem do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro pop) e da equipe de acolhimento do Centro de Suporte Especializado da Assistência Social (CSEAS), na qual possuem registro de presença com cerca de 25 pessoas diariamente, justificando a realização do presente estudo, incluindo a escolha das unidades de Assistência Social, por oferecer atendimento específico a essa população.

Um dos problemas de saúde mais recorrentes em relação à população em situação de rua é a prevalência do uso abusivo de substância psicoativas (Brasil, 2008), sinalizando a importância de se abordar esse tema e oferecer programas para promoção da saúde, utilizando atividades de educação em saúde como medidas preventivas, de maneira oposta as medidas repressivas que ainda são realizadas na “Guerra contra as drogas”. A discussão sobre a saúde da população em situação de rua expõe a necessidade de construção de políticas públicas de saúde e sobre drogas, mediante o investimento em estudos e evidências científicas para a implementação de ações eficazes na melhoria da qualidade de vida da pessoa em situação de rua.

O uso abusivo de álcool e outras drogas, o desemprego e conflitos com a família são razões que levam um indivíduo a estar em situação de rua (BRASIL, 2012). São razões estabelecidas pela negligência do Estado, que não cumpre com suas responsabilidades e nos submete à carência de políticas públicas contra as drogas - que deveria ser amplamente disponível nas unidades de saúde -, a crise econômica em decorrência da corrupção desacerbada, e a falta da devida proteção do Estado à família (BRASIL, 1988). Segundo Saucedo e Taracena (2011), a cidade não está oferecendo o necessário para que essas pessoas possam exercer seus direitos plenamente, nem tampouco assumir seus deveres de cidadãos. Compreende-se o papel do Poder Público no processo de exclusão social da pessoa em situação de rua e seu dever em oferecer recursos para reinserir essa população na sociedade.

A população em situação de rua encontra-se em vulnerabilidade social. Essas pessoas tiveram os vínculos familiares fragilizados ou desfeitos, podem estar associado ao uso abusivo de álcool e outras drogas e estão mais expostos a infecções e doenças comuns como diabetes,

hipertensão etc. Esse público é geralmente invisível à sociedade, chegando a parecer que eles são imunes a qualquer tipo de doença, inclusive aquelas que acometem grande parte da população Brasileira (pressão alta, diabetes, dengue, cólera etc.). A pessoa em situação de rua está suscetível a contrair doenças infecciosas e parasitárias e transmiti-las a outras pessoas, caso não seja garantido o tratamento adequado. Por essa razão, devem ter atenção a sua saúde, se prevenir e seguir corretamente aos tratamentos necessários para sua recuperação.

Com base nas ideias supracitadas, os objetivos deste trabalho são:

2. OBJETIVOS

Objetivo geral

- Compreender qual o nível de preocupação que a população em situação de rua do município de Itaguaí, RJ, possui com sua própria saúde.

Objetivos específicos

- Realizar pesquisa com pessoas em situação de rua do município de Itaguaí sobre suas vivências nos logradouros públicos, as doenças que os acometem, se buscam tratamento e se encontram dificuldade com o acesso aos serviços de saúde básica.
- Interpretar os resultados e propor medidas de solução de problemas.

3. PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

3.1. Aspectos demográficos da população em situação de Rua no Brasil

Uma pequena parcela da população brasileira encontra-se em situação de Rua. O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) realizou uma pesquisa de âmbito Nacional que incluiu 71 municípios brasileiros nos anos 2007 e 2008 com o intuito de mensurar a população que vive nas ruas e suas características. Os números só não foram maiores porque os municípios de São Paulo, Belo Horizonte e Recife não fizeram parte dessa pesquisa, por já terem estudos recentes realizados, e Porto Alegre porque esteve realizando um estudo simultaneamente. O MDS identificou aproximadamente 32 mil adultos em situação de Rua, nos quais 53% possuem de 25 a 44 anos e 82% são do sexo masculino. O estudo ainda revelou que 70,9% realizam alguma atividade informal remunerada, como por exemplo, catar material reciclável, guardar automóveis etc. As pessoas que pedem dinheiro representam 15,7%. 22,1% utilizam os serviços de pernoite oferecidos por Organizações não Governamentais (ONGs) ou pelo governo, como Albergues e casa de passagem. Foi observado que 24,8% não possuem nenhum documento de identificação, que é um obstáculo ao acesso aos serviços de políticas públicas. Outro dado que demonstra a exclusão desse segmento na sociedade é a porcentagem dos que não votam, que chega a 61,6%. O estudo aponta também os principais motivos que levaram essas pessoas a viverem nas ruas. O uso abusivo de álcool e outras drogas é a razão de 35,5% estarem em situação de rua. 29,8% relataram que foi o desemprego e 29,1% por conflitos com a família (BRASIL, 2008).

A Secretaria Municipal de Assistência Social e Desenvolvimento Humano (SMASDH) do município do Rio de Janeiro disponibilizou em 2018 o levantamento oficial que contabilizou quase 5.000 pessoas nessas condições no município, entre as quais aproximadamente 20% foram recenseadas em unidades de acolhimento e 55% da população entrevistada concentrou-se nos centros urbanos da cidade do Rio de Janeiro. O grupo demonstra-se predominantemente masculino, com 81% dos recenseados, e mais da metade possuem de 30 a 59 anos. O motivo principal citado pela população em situação de rua do município do Rio de Janeiro que os levaram a essa situação foi conflitos com a família, com 40,41% da amostra, seguido do uso de álcool e outras drogas (26,56%) e o desemprego (16,04%). As atividades remuneradas consistem

em trabalhos informais, tais como catar materiais recicláveis, vendas, limpeza e guardar veículos (BRASIL, 2018). O Último levantamento censitário realizado na Cidade de São Paulo foi executado pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE) no ano de 2015 e abordou pessoas que estavam pernoitando nas ruas e aquelas que estavam em instituições públicas de acolhimento. A pesquisa contabilizou 15.905 pessoas em situação de rua. Em comparação com os dados dos levantamentos anteriores, observou-se o aumento do número de pessoas em situação de rua na cidade de São Paulo, passando de 8.706 no ano de 2000, para 15.905 pessoas em 2015 (SÃO PAULO, 2015). Desse número, as pessoas acolhidas em instituições corresponderam a 53,9%, enquanto a segunda parte foi recenseada nas ruas. A maioria dos entrevistados é do sexo masculino, correspondendo a 88%. Entre os acolhidos, a idade média é de 43 anos e entre as pessoas da rua, é de 41 anos. Tanto entre os acolhidos e os da rua, grande parte tem entre 31 a 49 anos de idade. Nota-se que a maioria é composta por “não brancos”, ou seja, negros, pardos, amarelos e indígenas, não possuem altos níveis de escolaridade (20,9% de acolhidos e 16,6% de rua concluíram o Ensino Médio), e vieram de outras regiões do Brasil. A população em situação de rua na cidade de São Paulo demonstrou que majoritariamente não possui contato com a família, 80% declararam viverem sozinhas. Sobre a obtenção de renda, poucos possuem um emprego formal de carteira assinada e mais da metade exercem alguma atividade remunerada como, por exemplo, catador de material reciclado, vendedor ambulante, carga e descarga, atividade artísticas no sinal, entre outros, enquanto outros relataram praticar mendicância e atividades ilegais (SÃO PAULO, 2015).

A Universidade Federal de Minas Gerais, em colaboração com a Prefeitura de Belo Horizonte, realizou o terceiro censo de População em situação de Rua no Município no ano de 2013. Esse estudo contabilizou 1.827 pessoas nessa situação e algumas diferenças foram encontradas em comparação aos censos anteriores. Uma delas é a diminuição de famílias nas ruas, passando de 24,8% em 1998 a 5,9% neste último levantamento. Semelhantemente aos diversos estudos precedentes, a população em situação de rua de Belo Horizonte é majoritariamente masculina (86,8%), e de idade média de 39,6 anos. A pesquisa aponta os principais motivos mencionados pelas pessoas para estarem em situação de rua, os problemas familiares representam 52%; logo depois vem o uso abusivo de álcool e outras drogas, com 43,9%; com 36,5% a falta de moradia, e o desemprego, 36% (PBH DIVULGA..., 2014).

Observamos nos dados relatados pela literatura que as mulheres representam a minoria dessa população. Tiene (2004) pressupõe que o número reduzido de mulheres nas ruas em relação aos homens procede da desigualdade histórica de papéis ocupados no espaço social, no qual é culturalmente estabelecido desde a Grécia Antiga, que a mulher tenha predominantemente função doméstica, portanto, estaria mais tempo em casa e cuidando da prole, enquanto que o homem possui obrigações nos espaços públicos, exercendo sua função no mercado de trabalho. A autora ainda salienta que essa condição reflete na população em situação de rua, indicados pela numerosa parcela de homens e as poucas mulheres nessa condição. Inclusive, observa-se nas ruas a formação de “grupos família”, originados da interação e afinidades entre as pessoas da rua, criando-se afetividade e relações econômicas e de cuidado recíproco. As mulheres em situação de rua percebem a necessidade de proteção e de encontrar um companheiro para se sentirem mais seguras, mesmo que isso possa custar sua integridade física e tornam-se responsáveis pela manutenção do espaço onde ficam alojados (VARANDA & ADORNO, 2004). Depoimentos de mulheres nessa situação revelam os fatos maléficos que as sucedem, como violências física, sexual e psicológica, sendo frequentemente relatado o abuso sexual por parte dos homens em situação de rua ou não (BISCOTTO *et al.* 2016).

Os dados referentes à distribuição territorial revelam que a população em situação de rua se concentra preferencialmente em centros urbanos (BRASIL, 2008 & 2018; SÃO PAULO, 2015). Segundo Varanda & Adorno (2004) a falta de emprego leva muitas pessoas a migrarem do interior para as metrópoles a procura de oportunidades de trabalho, além disso, essas pessoas encontram mais segurança e recursos para a sobrevivência nos centros urbanos, como amplas marquises para a proteção da chuva, bares e restaurantes, que oferecem as sobras de comida e banheiro. Os serviços de acolhimento localizados nas cidades estimulam a mobilidade e facilita a fixação da pessoa em situação de rua nos grandes centros (VARANDA & ADORNO, 2004).

3.2. A Política de Assistência Social no atendimento da população em situação de rua

A população em situação de rua, assim como a população em geral, está exposta a condições que violam seus direitos fundamentais, e na maior parte das vezes não tem consciência de quais são esses direitos e deveres garantidos por lei. O atendimento e acompanhamento da população em situação de rua em instituições da Secretaria de Assistência Social permitem que

esse público esteja em contato com mecanismos que assegure o cumprimento dos seus direitos. A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) foi proposta com o intuito de materializar as diretrizes da Lei Orgânica de Assistência Social, que objetiva dispor os mínimos sociais e garantir o atendimento às necessidades básicas do cidadão, minimizando os riscos.

Constitui o público usuário da Política de Assistência Social, cidadãos e grupos que se encontram em situações de **vulnerabilidade e riscos**, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social. (BRASIL, p. 33, 2005) (Grifo da autora)

A vulnerabilidade ou risco social são conceitos amplamente discutidos por diversos autores e instituições, cada um deles possui indicadores próprios para mensurar uma situação de risco. Contudo, a vulnerabilidade social é entendida comumente pela situação em que um indivíduo ou grupo se torna mais suscetível ao risco por causa da falta de acesso às oportunidades existentes. Está associado a um conjunto de fatores e não apenas às situações de pobreza (CANÇADO, SOUZA & CARDOSO, 2014). Os aspectos associados a carências sociais, no que tange a ausência de serviços básicos e domicílio decente, tal como o acesso a educação, seguridade social, saneamento básico, saúde com qualidade compõem o indicador de Vulnerabilidade, tanto quanto o quesito renda (KOGA, 2013).

A PNAS aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) em 2004, garante Proteção Social de caráter Básico e Especial, com esta se dividindo em Média complexidade e Alta complexidade. O grau de vulnerabilidade do indivíduo define qual serviço que irá atendê-lo. A Proteção Social Básica é direcionada ao indivíduo, família ou grupo que está em vulnerabilidade social, com os vínculos familiares e comunitários fragilizados e o objetivo é o fortalecimento desses vínculos e a prevenção de situações de risco. A Proteção Social Especial é destinada ao atendimento de indivíduos, famílias ou grupos que estão em situação de risco pessoal e social, “por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual,

uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras” (BRASIL, 2005). Os serviços de Média Complexidade são para os indivíduos que ainda não tiveram o vínculo familiar rompido, porém sofreram violação de direitos e necessitam de acompanhamento especializado e individualizado. Os serviços de Alta complexidade destinam-se aos indivíduos que tiveram os vínculos familiares e comunitários completamente rompidos e necessitam de proteção integral em alguma instituição pública de acolhimento.

A pessoa que por algum motivo encontra-se em situação de rua, pode recorrer ao atendimento no serviço de atenção à Proteção Social Especial de Média Complexidade que é o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), e buscar acolhimento institucional em unidades de acolhimento divididas por sexo ou para família, oferecido pela Proteção Social Especial de Alta Complexidade.

A Resolução CNAS nº 109 aprova ainda a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, criando serviços destinados à pessoa e família em situação de rua, organizados pelo nível de complexidade, dentre outros. A Tipificação concebe o Serviço Especializado em Abordagem Social e o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, inserido na Proteção Social Especial de Média Complexidade e tem como utilidade, respectivamente, a identificação de pessoas e famílias que estão utilizando os logradouros públicos como moradia e/ou sobrevivência e acolhimento, propiciando condições para a construção de novos projetos de vida. Pertinente a Proteção Social Especial de Alta Complexidade, existe o Serviço de Acolhimento Institucional na modalidade Abrigo institucional e Casa de Passagem, o último realiza acolhimento em caráter emergencial e imediato, ambos são destinados ao atendimento da pessoa ou família em situação de rua.

Em 23 de dezembro de 2009, o Decreto nº 7.053 instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua, que a caracteriza como:

Grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares fragilizados ou rompidos e a inexistência de moradia convencional regular. Caracteriza-se pela utilização de logradouros públicos (praças, jardins, canteiros, marquises, viadutos) e de áreas degradadas (prédios abandonados, ruínas, carcaças de veículos) como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como das unidades de serviços de acolhimento para pernoite temporário ou moradia provisória. (BRASIL, 2009, p. 1)

O Decreto nº 7.053/2009 regulamenta um conjunto de princípios, diretrizes e objetivos com o intuito de regulamentar os serviços e as instituições públicas voltadas à atenção das pessoas em situação de rua. Assim como a constituição federal Brasileira garante aos cidadãos o direito ao acesso a políticas públicas de saúde e educação, o Decreto 7.053 de 2009 tem como objetivo assegurar o acesso amplo aos serviços de saúde à população em situação de rua, e é responsabilidade do Estado suprir as necessidades elementares para garantia de uma vida digna e com qualidade.

3.3. Condições de Saúde e acesso aos Serviços e programas governamentais.

Entender que a população em situação de rua tornou-se uma problemática social, levando em conta a vulnerabilidade e risco social em que essas pessoas se encontram, produz a necessidade de intervenção por parte do Estado na garantia do cuidado e equidade de direitos. Substituir o estigma de que a população em situação de rua é caracterizada por vagabundos e delinquentes (o que gera consequências negativas, sobretudo a sua internalização, fazendo com que a pessoa acabe por concordar com as características atribuídas a ela), causando ações de punição e opressão, pelo conhecimento real da vivência e sobrevivência desenvolvida na rua. O entendimento das necessidades e complexidades do processo saúde/doença que atinge essa população e os motivos que constitui a situação de rua possibilitam a criação de ações que garantam a sua Seguridade Social (PAIVA et al., 2016). A Constituição Federal, no Art. 196 dispõe a Saúde como direito de todos e dever do Estado e deve ser garantido através de políticas públicas com a intenção de reduzir os riscos de doença e agravos e garantir o acesso aos serviços de saúde para a promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Para propor ações que propiciem a promoção da Saúde, primeiro precisamos compreender o significado desse termo, e contextualizar com a situação de rua e com os determinantes de saúde que estão envolvidos (MINAYO, HARTZ & BUSS, 2000). A Pluralidade do termo Saúde possibilita conhecer uma variedade de conceitos que vai além do biológico e clínico, mas que envolve dimensões políticas, sociais e ambientais, tornando-se mais abrangente que o próprio conceito elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS): “Estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doenças”

(CADEI & COSTA, p. 10., 2013). Minayo, Hartz & Buss (2000) propõem em seu texto que se inicie um debate sobre saúde e qualidade de vida, questionando a definição do termo e desenvolvendo a discussão sobre a questão: Saúde é apenas a ausência de doença? A pessoa em situação de rua convive com diversos fatores que afetam seu bem estar e qualidade de vida. As concepções de Saúde elencadas pela população em situação de rua foram associadas ao fato de estar viva e de sobreviver às dificuldades do cotidiano da rua, sobre o termo Doença, foi associado ao estado de incapacidade e impossibilidade de se sustentar na rua, quando a moléstia o impede de trabalhar, e quando o enfraquecimento é tamanho que não é possível suportar o sofrimento (PAIVA et al., 2016).

A Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua publicou dados sobre as condições de saúde do público entrevistado. Quase 30% da população estudada declarou ter algum problema de saúde. Dentre esse número, 10,1% declaram possuir hipertensão; 6,1% declaram possuir problemas psiquiátricos; 5,1% são portadores de HIV; e 4,6% possuem problemas de visão. Das pessoas entrevistadas, 18,7% fazem uso de algum medicamento e quando estão doentes, 43,8% procuram primeiro lugar a emergência do hospital e em segundo lugar, a Unidade Básica de Saúde (UBS), com 27,4% dos entrevistados (BRASIL, 2008).

A OMS considera que o uso de substâncias psicoativas, em padrões que tragam dano ao usuário, causam transtornos mentais e comportamentais e classifica os danos em crônicos e agudos. Dentre os principais quadros, destacam-se: Uso nocivo para a saúde, síndrome de dependência, intoxicação aguda e síndrome ou estado de abstinência (OMS, 1994). O Alcoolismo não é tão mencionado pelas pessoas de rua, mas constitui o maior problema de saúde dessa população, Rosa et al. (2006) relata em seu estudo que a resposta a essa questão foi unânime, o uso abusivo do álcool é o maior problema de saúde encontrado, comprometendo laços familiares e vínculos empregatícios. Ao abordar saúde da população em situação de rua se faz necessário atuar com as demandas decorrentes do alcoolismo e da drogadição. O Último levantamento sobre população em situação de Rua da cidade de São Paulo apontou vários problemas de saúde ocorridos pela população alvo, entre os que não utilizam instituições de acolhimento a proporção é maior. Problemas de saúde bucal representam 34,5% das pessoas de rua; em seguida aparecem sequelas de acidente (26,7%), HIV (4,5%) e tuberculose (4,5%). Foram citados também doenças mentais e deficiências físicas (SÃO PAULO, 2015). PBH DIVULGA... (2014), no último levantamento realizado em Belo Horizonte, elencou as principais

doenças que acometem essa população: Hipertensão (16%), Doenças de pele (14%), DSTs (5,7%), Hepatites (4,7%), Diabetes (4,6%) e Tuberculose (4,2%). Entre as Doenças mentais, foram citadas Depressão (43,6%), Ansiedade (27,4%), Transtorno Bipolar (21,2%), Esquizofrenia (14%) e outros (15,8%). O uso de drogas foi destacado em mais da metade da população nos dois censos citados. Na pesquisa realizada por Aguiar & Iriart (2012), o principal problema de saúde citado pela população estudada foi o uso de substâncias psicoativas, sendo as mais usuais o Crack e o Álcool. Depois foram destacados o HIV/AIDS, transtornos mentais/psiquiátricos, problemas odontológicos, dermatológicos e gastrointestinais.

Em São Paulo, as UBS foram os locais mais utilizados, em segundo lugar recorriam ao pronto socorro dos hospitais. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Consultório na rua também foram utilizados pela população alvo (SÃO PAULO, 2015). Foram observados resultados parecidos na cidade de Belo Horizonte (PBH DIVULGA..., 2014).

3.4. O uso abusivo de álcool e outras drogas pela população em situação de rua

A associação da drogadição com a população em situação de rua tem relação com os efeitos da droga e o cotidiano: o uso torna-se uma válvula de escape ou escudo contra as condições difíceis da rua. Os efeitos do uso dessas substâncias no corpo são a diminuição da sensação de dor, de fome e de frio, além de proporcionar uma sensação de relaxamento e alívio (FORMIGONI, 2017).

Hoje, além do consumo de inalantes (...), a incidência do consumo de crack vem aumentando em função das mesmas condições de vida nas ruas apontadas acima, evidenciando que essas condições não são consequências do uso de uma determinada droga, mas sim que, diante da ausência do Poder Público, da falta de ações voltadas para o cuidado das pessoas, estas buscam, dentro do que está ao seu alcance, os meios de sobreviver às adversidades. (FORMIGONI, p. 22, 2017)

Foram realizados dois levantamentos domiciliar pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), que englobou as 108 maiores cidades do país. O primeiro foi no ano de 2001 e o segundo em 2005, e foram entrevistadas 7.939 pessoas, selecionadas por sorteio, na faixa etária de 12 a 65 anos de idade. Os dados dos I e II

levantamentos domiciliares apontam que a estimativa de dependentes de álcool (segundo critério da Administração de Serviços de Abuso de Substâncias e Saúde Mental (SAMHSA)) no período de 2001 para 2005 é de 11,2% e 12,3%, respectivamente, além disto, no último levantamento 38,3% dos entrevistados declararam consumir pelo menos uma vez no mês (CARLINI, 2002 & 2006; BRASIL, 2009). O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) concretizado pela Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD), do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP, indica que 6,8% dos entrevistados eram dependentes de álcool (pelo Teste de identificação de Distúrbios do Uso de Álcool (AUDIT)), e no entanto, houve um aumento de 20% no número de pessoas que beberam pelo menos uma vez na semana, comparados com o primeiro levantamento, alcançando a estimativa de 54% da população total que relataram ter feito uso de álcool na semana. O LENAD foi realizado nos anos de 2006 e 2012, foram entrevistadas 4.607 pessoas em 149 municípios brasileiros (FORMIGONI, 2017).

Estudo realizado por Botti et al. (2010) revelou a prevalência do consumo de álcool da população em situação de rua na cidade de Belo Horizonte, realizado com 245 homens usuários do serviço de Assistência social disponível no Centro de Referência da População em situação de rua (CRPR) do município. Os dados apontaram que 61,22% dos participantes apresentam uso de risco de álcool (isto é, a soma das zonas II, III e IV classificadas pela escala psicométrica AUDIT) onde 37,43% com provável dependência são incluídos, correspondendo a Zona IV da classificação; 17,55% não fazem uso da substância e os que apresentam baixo risco são de 21,22%.

Barata et al. (2015) realizaram um inquérito com pessoas em vulnerabilidade social, entre eles a população em situação de rua da cidade de São Paulo, no ano de 2008, intitulado “Desigualdades Sociais no estado de saúde e no acesso a serviços para grupos com diferentes graus de vulnerabilidade e exclusão social vivendo no centro de São Paulo”. Os resultados obtidos para o consumo de álcool foram 34% para o uso de bebidas alcoólicas, dentre esse número, 18% alegaram o consumo de mais de três doses por vez, e aqueles que responderam afirmativamente a três ou quatro questões do CAGE (consumo de risco) corresponde a 19%. Hwang *et al.* (2009) em Toronto, no Canadá, em uma amostra de pessoas em situação de rua registraram 36% de uso de álcool, próximo ao observado no estudo Barata *et al.* (2015) para a cidade de São Paulo.

Mendes & Horr (2014) fazem um relato da experiência vivida da Equipe do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-ad) em Florianópolis na reconstrução do projeto de Vida de uma pessoa em situação de rua com grave quadro de dependência de álcool. Os autores descrevem a história de vida de um homem, que por uma tragédia familiar, passou a viver pelas ruas como andarilho, intensificou o consumo de álcool, e já não conseguia manter as atividades que lhe davam o sustento. Quando foi encontrado pela equipe de abordagem social, estava desnutrido, desidratado, desorientado, sem condições de se manter em pé. Por um tempo demonstrava sinais de abstinência, e passou por um período de tratamento com medicamentos para controlar os sintomas. A reabilitação no CAPS-ad abrangeu atividades para reconstrução da autoestima; o homem retornou a realizar a função profissional que o agradava, contribuiu para o crescimento de outras pessoas, fazendo-o sentir participante de algo maior. Um fato recorrente ao se trabalhar com pessoas dependentes de álcool e outras drogas é a existência das recaídas. O profissional precisa saber lidar e aceitar que isso pode acontecer. O homem retornou a situação de rua e a embriaguez. Os profissionais que concentraram seus esforços na reabilitação do sujeito mantêm a insistência, porém este é o momento mais frustrante do seu trabalho. Algumas das dificuldades para retomar o processo de reabilitação são as mudanças de direção das instituições, o rigor do sistema público e a falta de comunicação entre os setores da rede, entre outros (Mendes & Horr, 2014). Notamos três dimensões na definição do acesso aos serviços de saúde, que são: disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade (BARATA et al. 2015). Esses são fatores que influenciam o usuário a procurar acompanhamento em um serviço de saúde.

O consumo de bebidas alcoólicas está envolvido com o aspecto cultural, não só na sociedade brasileira, mas em diversas regiões e tempos no mundo. Desde a antiguidade, o uso desse tipo de substâncias acontecia em rituais e festas. Civilizações antigas conheciam seu efeito e sabiam que seu uso em excesso trazia prejuízos, porém aproveitavam seus benefícios em certas situações (TEIXEIRA, 2002); por exemplo, há relatos de que o vinho era usado como tranquilizante, analgésico e diurético. Atualmente, é cultural a associação do consumo de álcool em encontros sociais e é quase unânime que todas as reuniões de pessoas tenham bebida alcoólica.

[...] seja para rituais místicos, comemorar ou afastar sentimentos de dor ou frustração, o homem busca, desde as sociedades tradicionais, substâncias como alternativas de promover o bem estar, seja ele físico, emocional ou social (TONDIN, NETA & PASSOS, 2013, p. 487).

Na rua a bebida atua como anestésico, possibilitando ignorar o desconforto, a sujeira, a o medo de contrair doenças ou para escolher o parceiro/parceira. Quando não existe o consumo de álcool, verifica-se a facilidade da prevenção e percebe-se a diferença de comportamento (VARANDA & ADORNO, 2004).

O tabaco é a segunda droga mais consumida entre a população em geral (CARLINI et al., 2006), na população em situação de rua da cidade de São Paulo, a substância psicoativa mais usada é o álcool (SÃO PAULO, 2015), enquanto que na cidade de Belo Horizonte é o tabaco a droga mais consumida (PBH DIVULGA..., 2014). Estudos indicam que, em 2015, um em cada quatro homens no mundo eram fumantes. Essa estimativa é menor comparado a 28 anos atrás, provavelmente por reflexo das políticas públicas de controle ao tabagismo. O Brasil foi considerado “uma notável história de sucesso”, pois alcançou a maior redução na prevalência de tabagismo entre os anos de 1990 e 2015 (GBD 2015 Tobacco Collaborators, 2017). O ILENAD indicou a diminuição de 3,9% da prevalência de fumantes entre os brasileiros adultos no ano de 2012 em comparação com o primeiro levantamento realizado em 2006, revelando que 16,9 dos brasileiros declararam ser fumantes. Lembrando que esse dado reflete a população de brasileiro que não vive em situação de rua, por se tratar de um estudo domiciliar (LARANJEIRA et al, 2014).

Barata et al. (2015), em uma amostra realizada em três albergues na cidade de São Paulo, com 251 indivíduos entrevistados, observaram um predomínio de 57% no uso de tabaco na população em situação de rua. Entre esse número, 39,8% consomem mais de 10 cigarros diariamente. Pesquisa realizada em instituições que acolhem pessoas de rua na cidade de Pittsburgh, no Estado Americano da Pensilvânia, em uma amostra de 236 adultos revelou que 69% dos participantes eram fumantes, dentre eles, 72% fumavam ao menos um maço por dia (o equivalente a 20 cigarros). O objetivo do estudo foi determinar a prevalência do consumo da nicotina, o interesse em parar o uso, e investigar quais eram as preferências de tratamento de antitabagismo. Verificou-se que havia pouca informação e orientação no desenvolvimento de tratamentos para o controle do tabagismo à população em situação de rua (CONNOR et al, 2002). O estudo de Butler et al. (2002) revelou que as pessoas em situação de rua fumavam mais cigarros por dia começaram o consumo mais cedo e mantiveram por períodos mais longos em comparação com fumantes com moradia.

Torchalla et al. (2011) buscaram compreender as relações da dependência de nicotina com as demais características da população em situação de rua, em vista disso, realizaram entrevista clínica com 489 pessoas em situação de rua em três cidades da Colúmbia Britânica, no Canadá. Utilizaram o teste de Fagerstrom para dependência de nicotina (FTND), método que tem como objetivo estimar o grau de dependência da droga. O estudo mostrou que 80,8% dos participantes eram fumantes, dentre esse número, 51,2% tinham alta dependência à nicotina e a pontuação média no FTND foi de 5,00, enquanto que em amostras da população geral realizadas em diversos países a pontuação média variou de 2,8 a 4,6 (FAGERSTROM & FURBERG, 2008). O estudo ainda revelou prevalência significativamente alta de dependência de nicotina associado à idade, etnia, histórico de detenção e dependência de outras drogas. Observou-se que a razão de probabilidade dos fumantes de alta dependência serem nativos da região (autóctones da província Canadense) é a metade da probabilidade nos não fumantes e com maior probabilidade de ocorrer nos indivíduos mais jovens, ex-detentos e com dependência de outras drogas. Sobre esse último, houve predomínio no consumo de álcool (61.9%), crack (84.1%), heroína (61.8%), metadona (39.6%), cocaína (24.2%) e opióides de prescrição ilícita (16.9%) (TORCHALLA et al., 2011).

Os levantamentos domiciliares realizados em 2001 e 2005 pelo CEBRID indicaram um aumento de 18% de pessoas na população em geral que fizeram uso na vida de drogas ilícitas (CARLINI, 2002; 2006).

Na população em geral, notou-se maior prevalência de uso na vida de maconha, solventes, cocaína, alucinógenos, crack, merla e esteroides no gênero masculino, enquanto que o uso de estimulantes, benzodiazepínicos, orexígenos e opiáceos é maior no gênero feminino. Entretanto, o mesmo estudo constatou que a percepção de risco grave do uso de álcool, maconha, crack e cocaína é maior nas mulheres do que nos homens, e sugeriram que o motivo é o uso menos frequente porém intenso por parte do gênero feminino. Outro ponto que causa reflexão é o aumento do uso eventual de maconha e cocaína, alertando para a necessidade de campanhas educativas sobre o risco envolvido no consumo frequente de drogas e conscientizar para a prevenção (CARLINI et al., 2006).

Barata et al. (2015) apontaram que 27,5% da população em situação de rua da cidade de São Paulo declarou ter feito uso de maconha. A segunda droga mais usada foi a cocaína inalada, com 13,7% dos entrevistados que declararam ter feito uso na vida. Os solventes alcançaram

8,1%. Em comparação com os dados da população geral, observamos que o consumo de substâncias psicoativas na vida, para todas as drogas estudadas, é mais frequente entre a população em situação de rua. Os resultados de Hwang et al. (2009) revelam que 46% das pessoas de rua na cidade de Toronto tiveram problemas com drogas no mês. No terceiro levantamento realizado em Belo Horizonte, 48,5% da população em situação de rua declararam não fazer uso de drogas. No entanto, as três substâncias psicoativas mais consumidas pelos entrevistados são a maconha (35%), o Crack (32%) e a cocaína (16,7%) (PBH DIVULGA..., 2014).

Estudo sobre o uso de substâncias psicoativas por população sem moradia da cidade de Saint Louis, no Estado Americano do Missouri, apontou que mais da metade da população alvo fazia uso abusivo de cocaína e associaram a dependência com a obtenção de moradia estável, pois constataram que os indivíduos em abstinência de cocaína no primeiro ano do estudo conseguiram ou mantiveram moradia estável em ambos os anos de acompanhamento (NORTH et al., 2010).

A intensa disseminação do Crack pelos Centros Urbanos das grandes Cidades, alcançando o interior e zonas rurais, com o problema do consumo abusivo e tráfico, levou a elaboração e implementação do Programa promovido pelo MDS - Crack, é possível vencer! (BRASIL, 2013). O Programa é organizado em três eixos temáticos: Prevenção, Cuidado e Autoridade e pretende atuar na educação, informação e capacitação para promover a prevenção do uso da droga, na atenção integral ao cuidado do usuário de crack, álcool e outras drogas, e no enfrentamento ao tráfico e organizações criminosas. Com isso, o programa integra diretamente as Políticas de Saúde, Assistência Social e Segurança Pública, para a articulação das redes de serviços pertencentes a essas políticas, na execução de ações para o acolhimento aos usuários de Crack e outras drogas e seus familiares e trazer mais segurança às comunidades (BRASIL, 2013).

3.5. Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-AD) e Consultório na Rua

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas é apenas uma das modalidades de atendimento desse Serviço de Saúde, e

oferece atendimento diário às pessoas que apresentam graves transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Os CAPS são serviços estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS). A RAPS é composta por pontos de atenção à Saúde Mental, que prestam serviços de base territorial; possuem equipes multiprofissionais, e atuam sobre a ótica interdisciplinar, realizam atendimentos prioritariamente às pessoas com transtornos mentais ou/e transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (FORMIGONI, 2017). Os CAPS devem atuar sempre em conjunto com os demais serviços de Atenção Básica de Saúde e da Rede de Saúde.

Nos CAPS-AD, cada usuário deve ter um Projeto Terapêutico Singular (PTS), estudado pela equipe multidisciplinar e planejado de acordo com as necessidades identificadas. Os pacientes têm acesso a vários recursos terapêuticos, com o objetivo de alcançar a reabilitação psicossocial, com atendimentos individuais, em grupo e para a família/comunidade. Baseada na proposta de Redução de Danos, o CAPS-AD não trata a abstinência como o objetivo final, pois isso causa muita desistência por parte dos usuários. Uso de substâncias psicoativas causa danos ao indivíduo, no entanto, tentativas de simplesmente excluí-las da sociedade de maneira repressiva não mostraram resultados favoráveis, e são danosas às pessoas com dependência de drogas. O objetivo da equipe dos Centros de Atenção Psicossocial é descobrir e construir junto aos usuários caminhos alternativos, diferentes aos já traçados pelo uso das drogas (FORMIGONI, 2017).

A estratégia Consultório na Rua é um serviço da Atenção Básica de Saúde destinada ao atendimento da população em situação de rua, levando em conta as suas características e necessidades relacionadas à saúde, e é constituído por uma Equipe do Consultório na Rua (eCR) que trabalha de forma itinerante e em parceria com as equipes das unidades de saúde básica da comunidade. O Consultório na Rua oferece cuidado a usuários de álcool e outras drogas, e utiliza a estratégia de redução de danos para o acompanhamento da pessoa dependente de substâncias psicoativas. Existem três modalidades de Consultório na Rua, a Modalidade I, corresponde a uma equipe sem médico, de quatro profissionais, sendo dois com nível superior e dois com nível médio, a Modalidade II, corresponde a uma equipe de seis profissionais, sem médico, metade da equipe formada por profissionais com nível superior e a outra metade com nível médio, e a Modalidade III é a equipe da modalidade II com a inclusão de um médico (BRASIL, 2013).

Conforme a Portaria nº 123 do Ministério da Saúde, que estabelece os critérios de cálculo do número máximo de eCR por Município, define a formação de uma eCR para 80 a 1.000 pessoas em situação de rua no território do município, que tenha população de 100.000 a 300.000 habitantes (BRASIL, 2013). Verificamos que o município de Itaguaí se enquadra nos parâmetros, visto que contém mais de 100 mil habitantes e 105 famílias em situação de rua (IBGE, 2010). Entretanto, ainda não houve adesão a esse serviço pela Secretaria Municipal de Saúde em Itaguaí.

4. METODOLOGIA

4.1. Amostragem

Este trabalho foi realizado no município de Itaguaí, RJ, com a contribuição da Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS). As Unidades envolvidas no desenvolvimento deste trabalho foram o Centro de Suporte Especializado da Assistência Social (CSEAS) e o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP). O CSEAS é um Abrigo Institucional que presta acolhimento de per noite e integra a Proteção Social Especial de Alta Complexidade. O Abrigo institucional oferece acolhimento provisório de pessoas adultas ou famílias em situação de rua. O tempo máximo permitido de permanência é de 6 meses; ao longo desse tempo o usuário é atendido por uma equipe especializada que analisa suas necessidades e realiza os devidos encaminhamentos. O serviço prioriza a restauração e fortalecimento dos vínculos familiares, comunitários e sociais e desenvolve o convívio e relações interpessoais, contribuindo para a construção da cidadania e de projeto de vida, além de proporcionar condições dignas de habitação que garanta sua higiene, segurança, privacidade e autonomia. O Centro POP é uma instituição que pertence a Proteção Social Especial de Média Complexidade e oferece atendimento e atividades à população que utiliza a rua como moradia e meio de sobrevivência. A unidade realiza atendimento durante o dia e atende as demandas dos usuários, encaminha para outros Serviços Socioassistenciais ou vinculados à Rede. O objetivo é sempre reinserir o usuário à sociedade.

Os locais que foram efetuados as pesquisas foram escolhidos por conter grande concentração de pessoas em situação de rua e também pelos profissionais que possuem experiência com esse público. Segundo a Coordenadora do Centro POP, a unidade mantém em torno de 170 usuários em atendimento. Essas pessoas são acompanhadas por tempo indeterminado, porém nem todos participam diariamente dos serviços no equipamento.

O presente estudo foi realizado com os 24 usuários que participavam diariamente das atividades das unidades (Centro POP e CSEAS) durante o período de desenvolvimento do presente estudo. Este público é composto por pessoas adultas em situação de rua, sendo 23 homens e uma mulher, com idades entre 20 e 60 anos e idade média de 37 anos.

4.2. Instrumentos de pesquisa



Figura 1 Residentes da Instituição de Acolhimento CSEAS

Foram realizadas entrevistas com os usuários do Centro POP e CSEAS sobre a sua preocupação com a própria saúde.

4.3. Procedimentos

Durante um período de 3 meses (aproximadamente de agosto a outubro de 2015) os usuários desses serviços participaram de uma entrevista individual semiestruturada (Apêndice 1), isto é, entrevista com perguntas abertas e fechadas, para evitar o constrangimento que algumas questões pessoais poderiam criar. As entrevistas foram realizadas por funcionários das unidades (a autora do presente estudo e funcionários das unidades), no horário de funcionamento das unidades, de 9h às 17h, no Centro POP, e de 19 as 22h no CSEAS, respeitando os horários de refeição e descanso dos entrevistados.

Foi aplicado um questionário sociodemográfico e de estado de saúde, consumo de álcool, tabaco ou outras drogas e acesso a serviços de saúde. Antecipadamente, os usuários foram explicados do objetivo da pesquisa, da total preservação do anonimato e da não obrigatoriedade de participação, podendo interromper a pesquisa a qualquer momento sem necessidade de esclarecimento. Estabeleceram-se como critério de inclusão a idade superior a 18 anos e a capacidade física e mental para responder o questionário. As perguntas fechadas às respostas de “Sim” ou “Não” foram correspondentes ao consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e drogas ilícitas, se já haviam sido impedidos de adentrar estabelecimento público de saúde, se possuíam alguma doença, se estavam em tratamento e se frequenta o CAPS (acrescentado “Não atualmente”). As questões abertas são: “Qual problema de Saúde?”, “Onde procura atendimento médico?” e “Qual foi a ultima vez que procurou atendimento médico?”. As respostas às perguntas variaram, respectivamente, a Diabetes, Hipertensão, tuberculose, varizes, psiquiátrico e gastrite; Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Hospital, UBS e não procura; e Dias, Meses e Anos; em ambos acrescenta a resposta não responderam.

4.4. Análise dos dados

Após a realização do questionário, os dados foram digitados no Programa Microsoft Excel para cálculo da frequência absoluta (n) e relativa (%) e análise estatística descritiva. Foi construído gráficos circulares para melhor análise dos resultados. A interpretação dos dados resultante da pesquisa, juntamente com observações e considerações durante o período de investigação, por meio da interação com os participantes no processo de coleta de dados, será relacionada com a abordagem teórica encontrada na literatura relacionada à temática.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo a pesquisa desenvolvida com o público entrevistado e análise bibliográfica, podemos constatar que a amostra corresponde a uma população em vulnerabilidade social, que possui muitas experiências traumáticas. Muitos possuem receios e demonstram agressividade, como forma de proteção. A exclusão causada pelo estigma e preconceito produz uma resistência por parte desses indivíduos. Apesar disso, muitos deles foram receptivos à pesquisa, respondendo com seriedade às questões.

5.1. Mensuração dos indivíduos por gênero e idade.

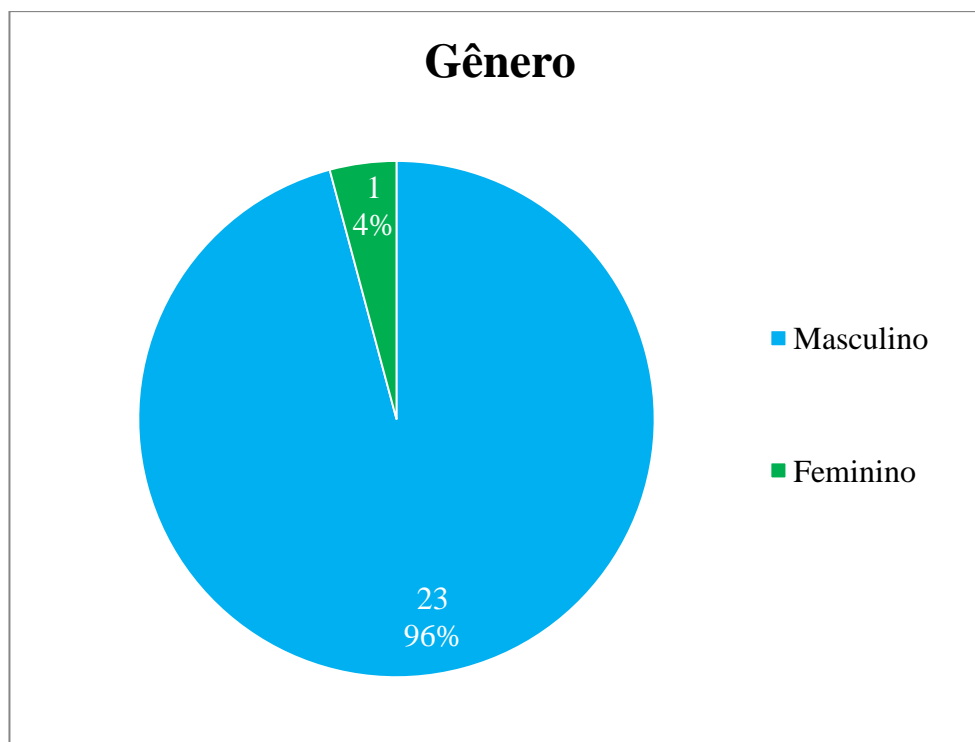


Gráfico 1 Porcentagem de pessoas do sexo masculino e do sexo feminino da população entrevistada. Itaguaí, 2015

A pesquisa abordou 24 pessoas que estavam sendo acompanhadas por serviços da Assistência Social, Centro POP e CSEAS. Das pessoas entrevistadas, a quase totalidade é homem (96%) (Figura 2). No entanto, apesar de o Centro POP atender ambos os gêneros, o CSEAS acolhe apenas homens. Contudo, percebemos uma proximidade desses valores com dados de estudos anteriores realizados em âmbito nacional e regionais, que indicaram que a população em situação de rua é majoritariamente composta por pessoas do sexo masculino (BRASIL, 2008; SÃO PAULO, 2015; PBH DIVULGA..., 2014). A rua é um ambiente hostil, principalmente à noite. Diversos estudos apontam relatos de violências e mortes durante ataques noturnos (AGUIAR & IRIART, 2012). Se considerarmos que a mulher sofre comumente com a discriminação, violência, desigualdade de gênero e de direitos sociais em nosso país, podemos prever que em um ambiente sem o mínimo de segurança, a mulher fica exposta a qualquer tipo de perigo, tornando-se ainda mais vulnerável do que o homem. Esse fato pode indicar que não seja coincidência o número baixo de mulheres em situação de rua.

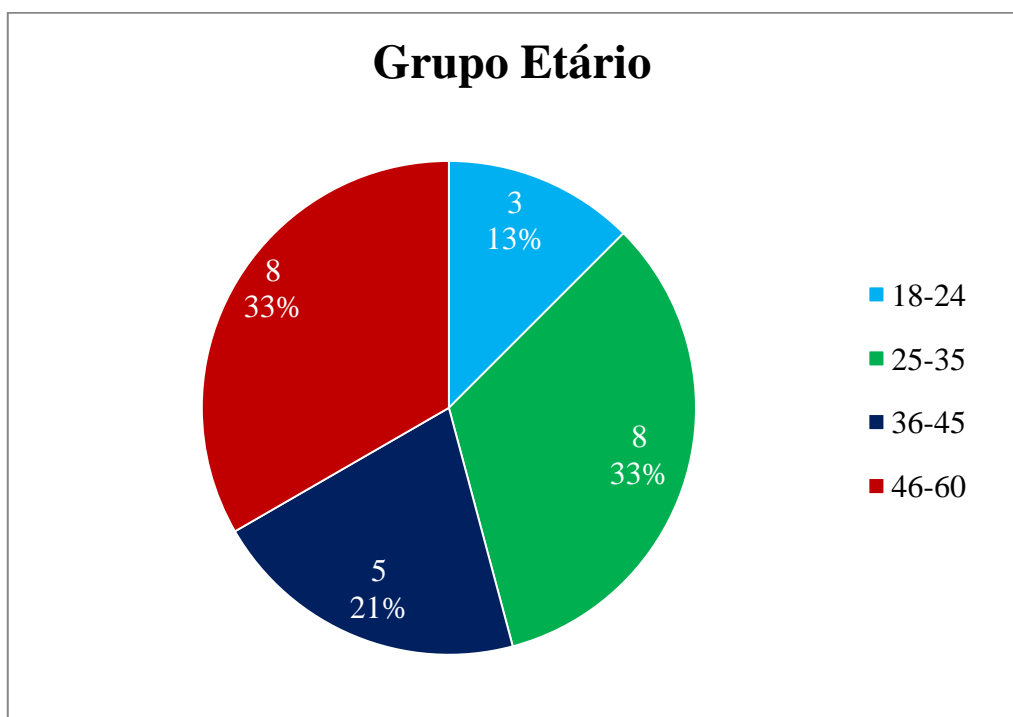


Gráfico 2 Porcentagem de pessoas divididas por faixa etárias: 18-24; 25-35; 36-45, e 46-60. Itaguaí, 2015

A idade dos entrevistados variou de 20 a 60 anos. A idade média encontrada foi de 37 anos. Observa-se que 33% dos entrevistados possuem idades entre 25 a 35 anos; 33% possuem

idades entre 46 a 60 anos; 21% possuem idades entre 36 a 45 anos; e 13% possuem idades de 18 a 24 anos (Figura 3).

Vale ressaltar que o público atendido pelo Centro POP é definido por jovens, adultos, idosos e famílias que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência, contudo o idoso em particular tem seus direitos estabelecidos através do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), que garante benefício financeiro mensal e acolhimento em Casa-lar quando verificada inexistência de meios próprios (financeiro ou físico) para sua sobrevivência, entre outras providências. As pessoas com idade igual ou superior a 60 anos que estão em situação de rua demonstram que seus direitos, assegurados pela Lei nº 10.741 de 2003, estão sendo violados. O Centro POP realiza o encaminhamento dos usuários idosos a outras instituições da Rede do Sistema Único de Assistência Social do Brasil (Rede SUAS), para tomada de outras medidas. O CSEAS oferece acolhimento a adultos e famílias que estejam em situação de rua e desabrigo por abandono, não sendo uma instituição específica ao atendimento de idosos.

A População adulta em situação de rua compõe um grupo heterogêneo, porém com características em comum observadas nos dados dos demais estudos relacionados ao tema, com valores semelhantes aos encontrados nesta pesquisa. Observa-se que a população estudada é composta majoritariamente por adultos jovens (54% possui de 25 a 45 anos) do sexo masculino (96%) (Figuras 2 e 3), valores semelhantes foram encontrados em levantamentos realizados no país (BRASIL, 2018; BRASIL, 2008; SÃO PAULO, 2015; PBH DIVULGA..., 2014). Essa informação nos faz presumir que a população em situação de rua é caracterizada na sua maioria por homens que estão na fase da vida que lhes permitiria vitalidade e força, no entanto, é a fase onde o potencial do indivíduo é testado por circunstâncias sociais e pessoais. Deste modo, deve haver relação entre as consequências do enfrentamento - superação ou fracasso - no processo de afirmação de suas potencialidades e o ingresso da pessoa à situação de rua.

As pessoas vão para as ruas por diversos fatores, mas todos apontam para uma fragilidade em sua rede social, com seus suportes e cobranças. A rua pode não oferecer suporte, mas diminui as cobranças e oferece maior liberdade, ainda que relativa. (ANDRADE, COSTA & MARQUETTI, 2014, p. 1254)

Os imperativos culturais reforçados pela visão de modelo familiar nuclear e o papel social baseado no gênero, dando ênfase na importância da masculinidade, reflete na configuração

da população em situação de rua. O papel do homem no mercado de trabalho como provedor do lar, e da mulher no cuidado da casa é representado na rua, pois quando o desemprego e a precarização do trabalho atinge a família, o responsável por manter o sustento deve encontrar outras opções para sobreviver. Quando essa masculinidade é afetada, produz-se um sentimento de fracasso e baixa autoestima no homem e o provável distanciamento da família, causando a fragilidade dos vínculos familiares. A falta de suporte e o excesso de cobranças provocam o rompimento com um padrão social imposto, e novos métodos de sobrevivência são gerados após a exclusão social. Alguns ainda resistem à falta de suporte e migram para outras áreas atrás de emprego. Observam-se muitos relatos de homens vindos de outros estados, evidenciando as consequências do desemprego na fragilização dos vínculos familiares e sociais e na situação de rua (VARANDA & ADORNO, 2004). Mesmo na condição de falta de moradia, é observada essa formação familiar no ambiente urbano, em que as mulheres nessa situação desenvolvem o papel de cuidado, enquanto que o homem desenvolve o papel de mantenedor e protetor (TIENE, 2004).

O grau de exposição das mulheres que vivem nas ruas pode ser outro, motivo que explica o número reduzido delas nessa situação. A vulnerabilidade da mulher muitas vezes não permite que elas possam dizer não a apelos sexuais e algumas delas não conseguem se defender quando são forçadas a praticar sexo. Os motivos da ida para a rua não difere tanto quanto dos homens. A rejeição por não contribuírem financeiramente é ainda superior às questões de moral sexual e gravidez para o rompimento com a família (VARANDA & ADORNO, 2004). Estudos mostraram que a quebra dos laços afetivos com os filhos gera sofrimento e afeta a saúde mental dessas mulheres. O distanciamento ocasionado pela perda da guarda da prole, decorrente da incapacidade de sustentar a família, fere a autoestima da mulher e diminui a esperança de sair das ruas (SHIER, 2011).

As pesquisas realizadas no Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte apontam que o rompimento com vínculos familiares é a razão principal do ingresso do indivíduo às ruas ou mesmo a permanência nelas (BRASIL, 2018; PBH DIVULGA..., 2014; SÃO PAULO, 2015). Rosa, Secco & Brêtas (2006) salientam que a aquisição da cultura da rua é gradual e o vínculo familiar pode contribuir tanto para acelerar quanto para retardar esse processo. Observamos com esses dados que a família é um espaço de cuidado, mas por outro lado é um ambiente de conflito. Esta discussão começou com uma citação de Andrade, Costa & Marquetti (2014), sobre a liberdade que a rua oferece, uma vez que diminui a cobrança. O convívio familiar é composto

por pessoas com personalidade e pensamentos ora semelhantes ora controversos, com certo nível de pressão e necessidade de valorização entre os membros. Quando o sujeito não segue o mesmo caminho que o resto da parentela ou não alcança as expectativas, é provável que seja considerado a “ovelha negra” da família. Além disso, as pessoas que decidem sair de seus lares querem também se libertar da violência visível e invisível que sofrem no meio familiar. Considerando todas essas situações, sobretudo, considerando a família como espaço também de conflito, é possível associar a fuga da pessoa para a rua como forma de alívio das cobranças e tensões familiares.

5.2. Indicativo de consumo de álcool e outras drogas pela população estudada

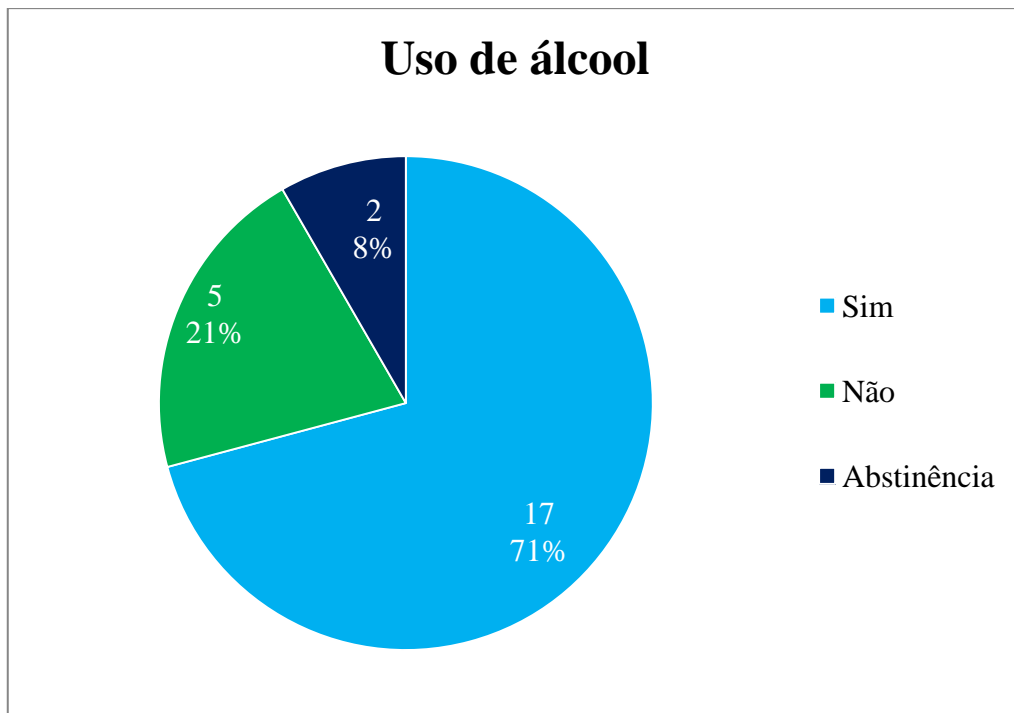


Gráfico 3 Porcentagem de pessoas que fazem uso de álcool. Itaguaí, 2015.

A maior parte das pessoas entrevistadas (71%) relatou fazer o uso de bebida alcoólica, enquanto uma parte menor (21%) relatou não fazer o uso dessa substância ou estarem em abstinência (8%) (Figura 4).

Entre a população em situação de rua, percebemos que o consumo de bebidas alcoólicas, tanto como uma consequência da vida nas ruas ou um fator causador dessa situação, funciona

como uma fuga da realidade, como modo de alienação e deserção da própria condição de sujeito que tem papel ativo na sociedade. Uma das sensações mais comuns vivenciados por pessoas em situação de rua é a invisibilidade. Alguns buscam essa sensação de “ser invisível”, pois vivenciaram o sentimento de impotência e incapacidade diante de algum acontecimento da vida. O processo de reabilitação do indivíduo alcoolista envolve fatores psicossociais e necessita da reconstrução do seu papel na sociedade, como cidadão, trazendo de volta a sua importância individual no coletivo (Mendes & Horr, 2014).

Um dos principais motivos que levam pessoas a situação de rua é o uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2008). Quando este não é o motivo de entrada é o de permanência nas ruas., e acaba sendo o determinante de saída dessa situação, e é possível observar uma relação entre essas principais razões. O consumo de substâncias psicoativas causa no indivíduo prejuízos físicos, mentais e sociais graves, tornando muitas vezes o convívio com a família e colegas uma condição desagradável, o que justifica a perda do emprego e rompimento de laços familiares. Quando o desemprego é a razão original, isso afeta a saúde psicológica do indivíduo, causando transtornos mentais, como por exemplo, depressão, ansiedade etc. Desavenças familiares ou abandono e violências domésticas também propiciam o surgimento desses transtornos. Tanto o desemprego, conflitos familiares e transtornos mentais são fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de dependência por uso abusivo de drogas. Independente da origem, todas essas situações acabam interligadas.

O consumo de bebidas alcoólicas pelos entrevistados no presente estudo revelou alto índice de pessoas que fazem uso dessas substâncias (Figura 4), tal fato corrobora os resultados de estudos realizados anteriormente (BOTTI et al., 2010; PBH DIVULGA..., 2014; SÃO PAULO, 2015). Em comparação com levantamentos realizados com a população brasileira em geral, constata-se uma diminuição do uso de álcool entre os cidadãos sem vulnerabilidade social (CARLINI, 2002 & 2006). No presente estudo não foi utilizado nenhum instrumento para avaliação do padrão de consumo de álcool, como o CAGE (cut down, annoyed, guilty and eye-opener) e o AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) e o ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test). Este tipo de instrumento seria objetivo importante para próximos projetos no município. Em contrapartida, os estudos que sugerem índice de dependência entre a população em geral e a população em situação de rua demonstram valor superior no último grupo (FORMIGONI, 2017). Observa-se que o consumo de álcool, assim

como as outras drogas lícitas ou ilícitas, é o problema principal para essa população, tornando-os um grupo de risco para transtornos mentais e de comportamentos causados pelo uso de drogas.

É necessário compreender que o consumo de substâncias psicoativas não tem relação apenas com o sujeito, mas deve ser analisada incluindo diversas dimensões associadas à vivência do indivíduo (TONDIN, NETA & PASSOS 2013). A necessidade do uso deve ser analisada no contexto biológico, psicossocial e sociocultural que o indivíduo está vivendo, pois os efeitos das drogas são também associados a esses contextos. Entender os mecanismos sociais e experiências vividas que estão em torno do uso de drogas por essa população auxilia na compreensão de como foi a construção do papel vital das drogas na vida dessas pessoas, e também auxilia a encontrar meios de solucionar ou prevenir fatores de risco para o consumo ou reduzir os danos causados por essa invisibilidade e exclusão.

A questão do uso abusivo de álcool requer maior atenção à saúde e de ações preventivas e de promoção da saúde. Cabe ao poder público investir em programas sociais que ofereçam tratamentos farmacológicos e psicoterápicos, com ênfase na redução de danos, construção da autoestima e valorização pessoal e na comunidade. É importante a conscientização da população em situação de rua dos efeitos prejudiciais que o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas causam no organismo e na família, e a indispensável adesão e continuidade do tratamento de reabilitação.

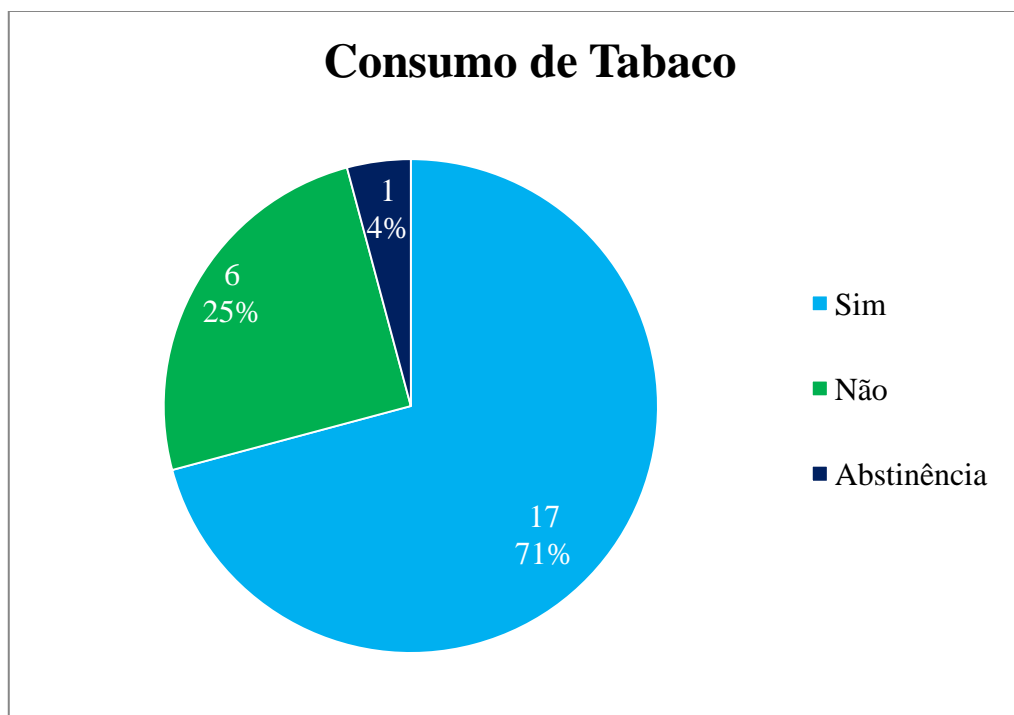


Gráfico 4 Porcentagem de pessoas que fazem uso de Tabaco. Itaguaí, 2015.

Observa-se que os resultados do estudo revelam o alto índice do uso da nicotina. No que concerne o consumo de Nicotina, obteve-se os seguintes dados: 71% disseram fazer uso de cigarro; 25% declararam não fumar; e 4%, que corresponde a uma pessoa entrevistada, disse que estava em abstinência fazia algum tempo (Figura 5). Tabaco, por si só, já causa efeitos prejudiciais na saúde dos usuários, contudo, a pessoa em situação de rua corre um risco particular, por ter sua saúde comprometida com má nutrição, falta de higiene e acesso indevido aos cuidados de saúde (BUTLER *et al.*, 2002). A nicotina presente no cigarro de tabaco é uma substância estimulante do Sistema Nervoso Central, que causa sensação tranquilizante e de bem estar, diminuindo o estresse (FORMIGONI, 2017). O seu consumo pela população em situação de rua pode estar associado às condições de vida que essas pessoas estão submetidas. Além disso, a legalização do tabaco facilita o seu consumo e prevalência.

Quando comparamos dados do consumo de tabaco entre a população em geral e a população em situação de rua, observamos um valor extremamente alto de pessoas sem moradia que usam essa substância (PBH DIVULGA..., 2014; BARATA *et al.*, 2015; LARANJEIRA *et al.*, 2014). O resultado do presente estudo mostrou valores semelhante à pesquisas realizadas no Brasil e em outros países. A nicotina é a substância considerada fator de risco para a ocorrência

de diversas doenças pulmonares, cardiovasculares e cerebrais, inclusive para o desenvolvimento de tumores malignos, e é considerada a principal causadora de morte evitável em todo o mundo pela OMS (OMS, 1994). É um grande risco para uma população que não possui nenhum cuidado com o seu corpo e tem sua saúde prejudicada pela péssima qualidade de vida que encontra nas ruas. Foi verificado também por estudos realizados por Buther *et al.* (2002) o processo de consumo mais intenso pelas pessoas em situação de rua, considerando o primeiro uso, quantidade de cigarros por dia e o tempo de uso, em comparação com fumantes com moradia, evidenciando mais uma vez o tabagismo como problema grave para essa população. Torchalla *et al.* (2011) evidenciaram a associação da dependência de nicotina com outras características desse grupo social, considerando a idade e consumo de outras drogas. No presente estudo, todos os jovens (de 18 a 35 anos) são fumantes e mais da metade dos fumantes usam substâncias ilícitas. Essas informações sugerem a relação perigosa entre o consumo de drogas lícitas e ilícitas e a incidência entre os mais jovens.

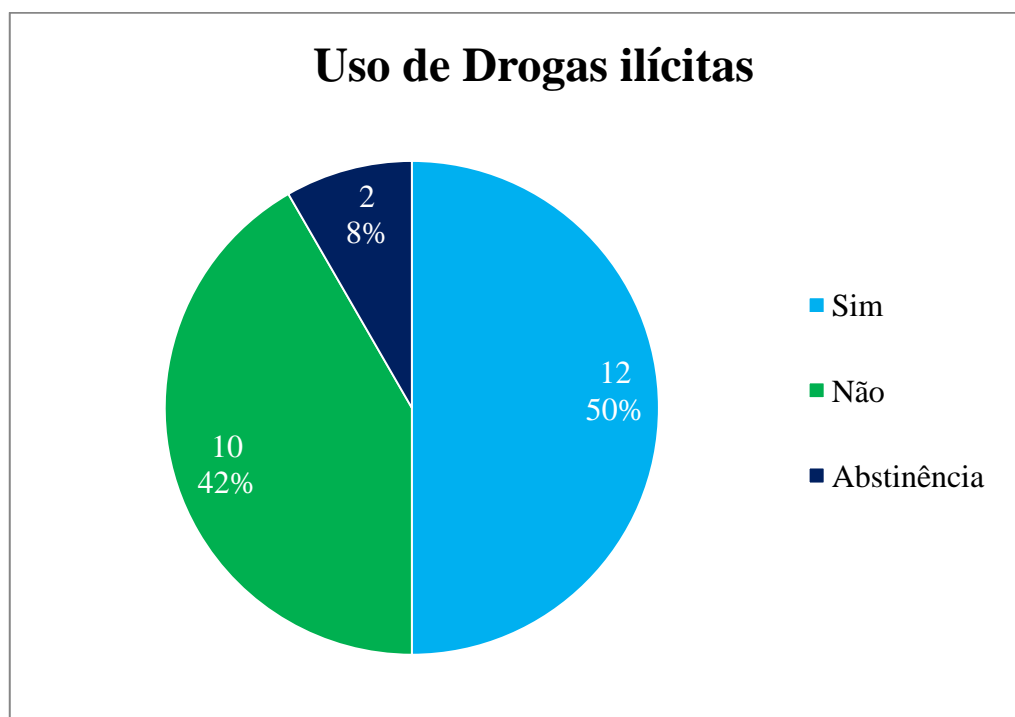


Gráfico 5 Porcentagem de pessoas que usam drogas ilícitas. Itaguaí, 2015.

A questão do uso de drogas ilícitas revelou que 50% fazem consumo de substâncias psicotrópicas ilícitas, 42% negaram o uso, e 8% estavam em abstinência há algum tempo (Figura 6). Novamente, esses resultados são semelhantes a estudos anteriores realizados no Brasil e fora do país. Em comparação com a população em geral, observamos um aumento significativo no número de usuários na população em situação de rua. As drogas usadas não foram discriminadas no presente estudo, mas estudos no país demonstram que a prevalência de pessoas que usam maconha, a droga mais usada entre a população em geral, é quase 10 vezes mais alto em pessoas de rua, em contraste com a população com moradia em relação ao uso no ano (PBH DIVULGA..., 2014; BARATA et al., 2015; LARANJEIRA et al., 2014; CARLINI, 2006).

Assim como o álcool, as demais drogas fazem parte do cotidiano das ruas, funcionando como instrumentos para minimizar a fome e o frio e requisito para socialização com integrantes do grupo. Apesar de ser natural entre a população em situação de rua, tocar no assunto com as pessoas em geral é constrangedor por conta do preconceito, com isso alguns entrevistados demonstraram cautela ao responder essa questão.

O grave problema do uso abusivo de álcool e outras drogas remete-se bastante a exclusão social e a perda de perspectiva de projeto de vida do indivíduo. A população que utiliza a rua para a sua sobrevivência, como única possibilidade de vida, sofre com a pobreza, a falta de oportunidades, o afastamento das redes sociais e comunitárias e os vínculos familiares fragilizados, e utilizam todos os instrumentos possíveis para conseguir conviver com as dificuldades enfrentadas na rua. Por esses motivos, o uso da droga é feito para fugir desse estado de incapacidade e sentir o efeito prazeroso, porém momentâneo, que a droga produz. Os efeitos prejudiciais causados pelo uso abusivo das drogas tornam esse tema alvo importante de pesquisa e ação. Cuidar da saúde da população em situação de rua é trabalhar com educação em saúde abordando questões relativas ao consumo de substâncias psicoativas, além de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

As ações de Prevenção elaboradas pelo programa “Crack, é possível vencer!”, lançado pelo Governo Federal, propõe aproximação da comunidade escolar com intuito de criar vínculos familiares e comunitários, e desenvolver com os jovens programas educativos para informar sobre as consequências do uso de drogas e capacitá-los para escolher com consciência e responsabilidade os seus caminhos, tendo a prevenção como hábito para evitar os danos causados pelo primeiro uso da droga (BRASIL, 2013). Essa proposta visa intervir no público jovem de

maneira que reduza as possibilidades do primeiro consumo tão prematuramente, visto que dados mostram prevalência relativamente alta entre os jovens (BRASIL, 2009). Contudo, ao compararmos dados de estudo anteriores, verificamos que o uso na vida de algumas drogas é maior entre universitários (FORMIGONI, 2017), salientando a necessidade de ações educativas nas universidades, assim como é enfatizado nas escolas.

5.3. Indicativo de frequência no CAPS-AD pela população estudada

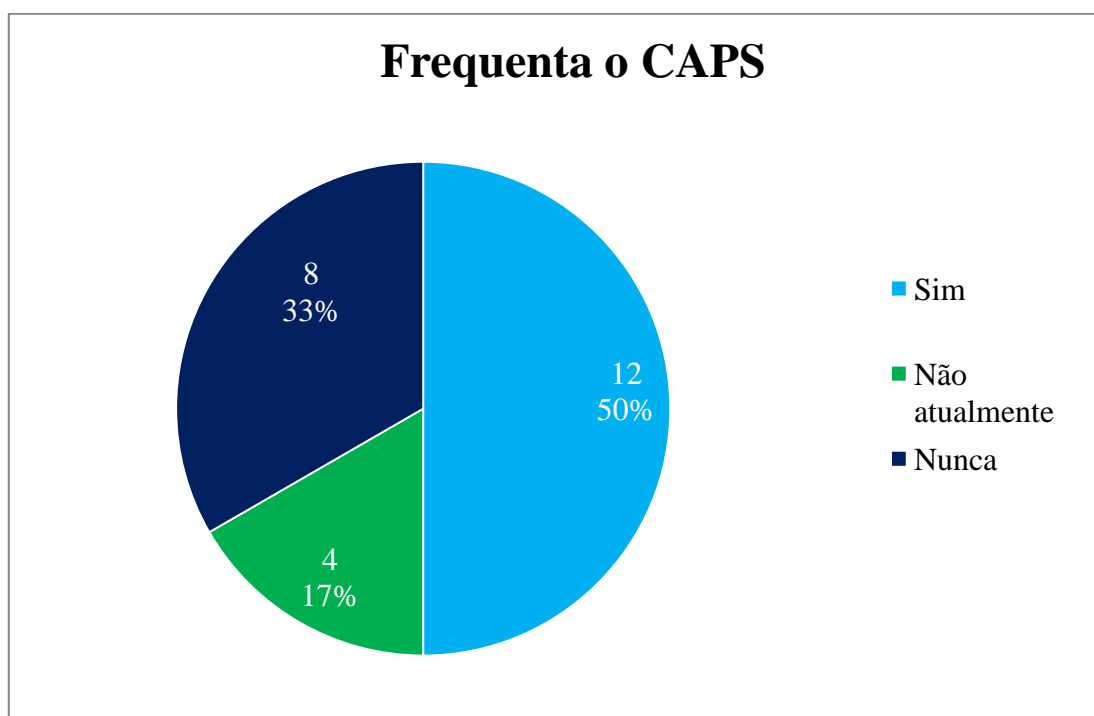


Gráfico 6 Porcentagem de pessoas que frequentam o CAPS-AD. Itaguaí, 2015.

O protocolo de acolhimento do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) e do Centro de Suporte Especializado da Assistência Social (CSEAS) prevê o encaminhamento ao Serviço de Saúde oferecido pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) aos usuários dependentes de álcool e outras drogas. A equipe técnica dos serviços de assistência identifica o problema com substâncias psicoativas e realiza a orientação para o atendimento no CAPS. Dos entrevistados, 50% declararam frequentar o CAPS e participar das atividades; 17% declararam que não costumam ir. Alguns desses mencionaram não achar

necessário, pois não usam drogas. Ainda houve 33% que nunca foi ao Centro de Atenção Psicossocial (Figura 7). Mesmo sendo orientados pela equipe profissional da instituição, alguns não desejam frequentar o CAPS, outros trabalham e por isso não seguem o acompanhamento. O livre desejo de iniciar e permanecer no tratamento é o requisito essencial, portanto, as instituições trabalham com o convencimento da necessidade do usuário dependente de procurar a reabilitação.

Ao analisarmos os indivíduos que afirmaram fazer uso de substâncias ilícitas, identificamos que mais da metade frequentam o CAPS-AD (66,7%). No entanto, não utilizamos instrumentos padronizados para detecção do uso abusivo e dependência, portanto não conhecemos o índice de dependência na população em situação de rua no município de Itaguaí. O CAPS-AD é um serviço para o atendimento de pessoas que sofrem com graves transtornos mentais e de comportamento em decorrência do uso abusivo de substâncias psicoativas. Os problemas com o consumo de álcool e outras drogas que não alcançam o nível de dependência são encaminhados aos serviços da Atenção Básica de Saúde, para acompanhamento e prevenção dos transtornos causados pela droga.

Por conta do crescimento da problemática relacionada ao uso abusivo de álcool e outras drogas no Brasil, novas propostas foram construídas para a atenção à saúde mental da pessoa com transtornos mentais e de comportamento, em decorrência ao uso de substâncias psicoativas. O CAPS AD é uma estratégia de atendimento territorial que utiliza o contexto comunitário e cultural do indivíduo para que o ele alcance a reabilitação, com ações de promoção de saúde e mobilização de atividades preventivas, terapêuticas e reabilitadoras, embasado na abordagem de Redução de Danos. O objetivo da proposta de Redução de Danos é prevenir ou reduzir os danos causados à saúde pelo uso abusivo de substâncias psicoativas, ofertando alternativas para o uso consciente e menos danoso à saúde do usuário, compreendendo as particularidades de cada indivíduo e a capacidade de lidar com situações de estresse (MENDES & HERR, 2014). Quando é diagnosticado no sujeito o quadro de dependência de drogas por algum profissional da rede de Atenção Básica de Saúde, ele é encaminhado para atendimento no CAPS-AD; o mesmo acontece nas instituições da Assistência Social quando um profissional aborda uma pessoa em situação de rua e identifica a dependência. Analisando os indivíduos que usam drogas ilícitas, verifica-se que mais da metade dos dependentes de álcool e outras drogas em situação de rua são acompanhados pelo Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas. Esses dados são satisfatórios,

considerando que a adesão ao tratamento deve ser voluntária. Nos dois estudos com a população em situação de rua nas cidades de São Paulo e Belo Horizonte, os resultados sobre o atendimento nessa instituição de saúde foram bem inferiores, com 13,8% e 15,7%, respectivamente.

O problema de saúde mais evidente e abrangente na população em situação de rua é o consumo de substâncias psicoativas, sobretudo por ser a causa de diversas doenças e principal causa de morte evitável no mundo. É um problema grave de saúde pública, responsável pelas formações de aglomerados de usuários que ficam em contato com extrema sujeira, as chamadas cracolândias. Esse é um assunto que requer urgência em estratégias com foco no cuidado do usuário, descartando ações higienistas que usam de repressão e eliminam as áreas de consumo para o combate às drogas, mas não tratam os usuários. Em contra partida, deve-se investir em estudos na neurobiologia dos processos envolvidos na dependência, como o sistema de recompensa cerebral, a síndrome de abstinência e a fissura, a fim de encontrar terapias medicamentosas para os transtornos mentais e de comportamentos causados pelo uso de álcool e outras drogas; e investir também em pesquisas dos aspectos ambientais (sociais, culturais, educacionais) do uso abusivo de drogas.

5.4. Indicativo da presença de Doença pela população estudada; que segue o tratamento corretamente; Local onde procura auxílio e última vez que procurou atendimento pela população estudada.

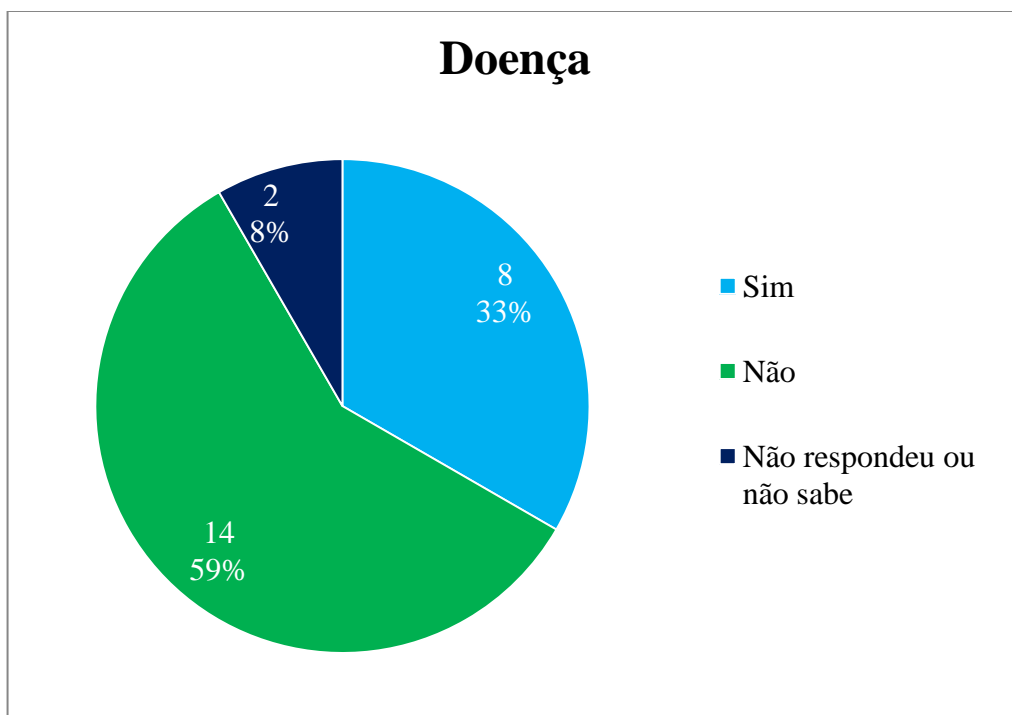


Gráfico 7 Porcentagem de pessoas que declaram portar alguma doença. Itaguaí, 2015.

Muitos entrevistados mencionaram não procurar atendimento médico ou realizar exames clínicos. 59% das pessoas declaram não serem portadores de alguma doença; 33% disseram que sim, as doenças serão assinaladas mais adiante; e 8% desconheciam essa informação (Figura 8). Das doenças mencionadas, uma pessoa declarou ser hipertensa e fazer uso de Atenolol e Losartan acertadamente; uma pessoa alegou estar com tuberculose e em tratamento há algum tempo; uma pessoa revelou ser diabética e realizava terapia com insulina; uma pessoa declarou possuir doença neurológica, no entanto não especificou qual; uma pessoa mencionou que sofre com varizes, mas não segue o tratamento; uma pessoa alegou possuir gastrite e sinusite; duas pessoas não informaram qual problema de saúde apresentavam (Figura 9). Notou-se que essa questão causou certo constrangimento a alguns participantes, portanto, um não quis responder a pergunta e dois não responderam qual doença os afligia. Não foram mencionadas doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), talvez pelo preconceito e estigma associados a esse tipo de doença.

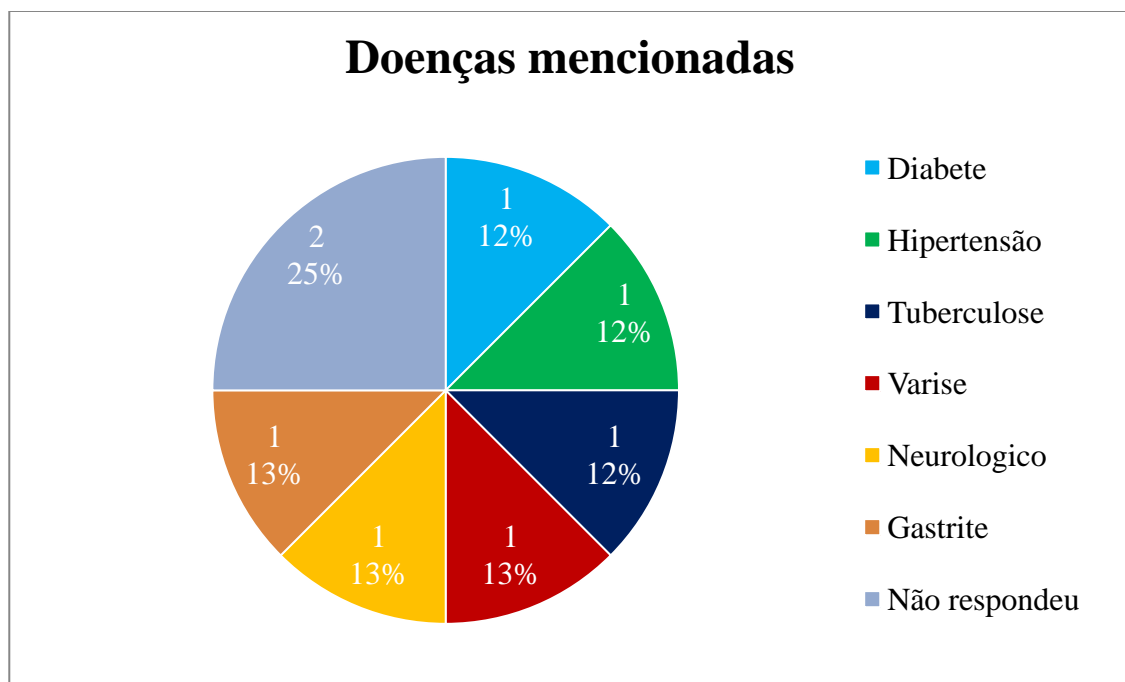


Gráfico 8 Doenças citadas pelos entrevistados. Itaguaí, 2015

A condição de saúde do ser humano tem relação intrínseca com sua qualidade de vida, e ao falar sobre qualidade de vida pode-se destacar dois tipos de determinantes: os de caráter subjetivistas e os objetivistas. As necessidades materiais que envolvem renda, trabalho, educação, lazer etc. correspondem aos parâmetros objetivistas, mas quando analisamos os sentimentos e emoções, o se sentir amado ou amar, a liberdade, a satisfação pessoal, que tem relação com valores não materiais, esses são parâmetros subjetivistas de se qualificar a condição de vida (MINAYO, HARTZ & BUSS, 2000). Ao deparar-se com a exclusão social, desemprego e violência (forma objetiva), baixa autoestima, síndrome de inferioridade e insatisfação, causados pelo estigma internalizado (forma subjetiva), constata-se a negação da qualidade de vida do indivíduo ou grupo social. O dia a dia das pessoas em situação de rua não garante condições básicas para se viver, e torna-os expostos a violência, a falta de alimentação e as condições climáticas, prejudicando sua saúde física e mental. É possível elencar diversas doenças ocasionadas por essa péssima qualidade de vida as quais essas pessoas são expostas. Além das doenças mencionadas pelas pessoas de rua entrevistadas neste trabalho (Figura 9), outras doenças são citadas nas pesquisas de âmbito nacional e nas cidades de São Paulo e Belo Horizonte, como doenças na boca, de pele, DSTs, depressão e outras doenças psiquiátricas e deficiências (BRASIL, 2008; SÃO PAULO, 2015; PBH DIVULGA..., 2014). Muitas dessas

doenças carregam uma carga negativa que as tornam estigmatizantes, provocando vergonha em seus portadores (ANTUNES, ROSA & BRÊTAS, 2016). A tuberculose geralmente é associada ao seu alto risco de contágio, fazendo com que a pessoa doente seja tratada com distanciamento e seja desvalorizada, fazendo com que os vínculos comunitários e familiares fiquem fragilizados. Além disso, o estigma dificulta a adesão ao tratamento. Doenças de pele e deficiências também causam constrangimento ao portador. Porém, o HIV/AIDS é a doença que causa mais vergonha, talvez pelo julgamento moral que os portadores sofrem. Nos estudos anteriores verifica-se prevalência superior de HIV na população em situação de rua em comparação a população em geral. O mesmo acontece com a tuberculose e com coinfeção tuberculose/HIV. Em diversos estudos foram observados que as pessoas soropositivas não queriam conversar a respeito e não costumam revelar sua sorologia (AGUIAR & IRIART, 2012). Levando em conta essa informação, podemos sugerir que Doenças Sexualmente Transmissíveis não foram citadas pelas pessoas entrevistadas nesse estudo, não porque inexistem, mas por ocultamento dessa condição, por vergonha.

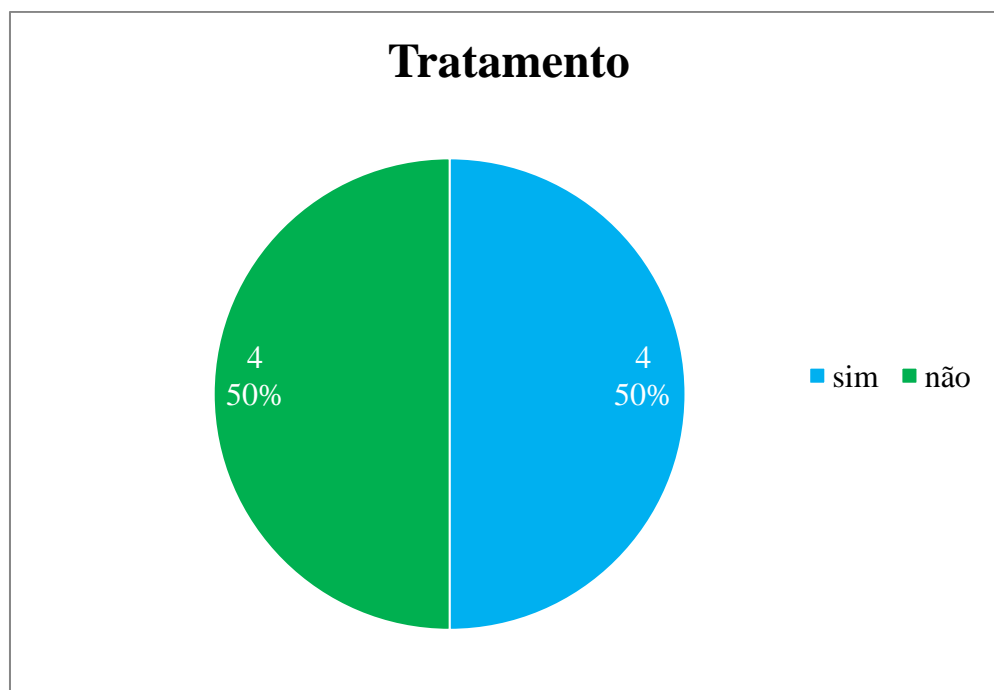


Gráfico 9 Porcentagem de pessoas que mencionaram portar alguma doença e segue ou não o tratamento corretamente. Itaguaí, 2015.

Das 33% das pessoas entrevistadas que revelou portar alguma enfermidade, metade declarou não seguir o tratamento corretamente (Figura 10). A dificuldade ao acesso aos serviços de saúde compreende o principal motivo desse resultado. Barreiras no que tange a disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade acarretam a exclusão da população em situação de rua ao atendimento de saúde. A concepção de saúde-doença entendida pelas pessoas da rua também influencia na procura por atendimento e continuidade do tratamento, pois elas entendem que quando não prejudicam as atividades do dia-a-dia no ganho do seu sustento não necessitam mais dos medicamentos, e geralmente se automedicam quando estão mal.

A adesão ao tratamento adequado pela população que vive nas ruas ainda é um impasse. A concepção de adoecimento apenas estando no seu estado agudo ainda limita a busca por atendimento e medicamentos, comumente lançando mão da automedicação (AGUIAR & IRIART, 2012). Além do mais, a dificuldade no atendimento contribui para o seu afastamento da rede de saúde. Nota-se que a falta de informação e a cultura negativa da automedicação ocasiona o desinteresse pela continuidade do tratamento, pois quando os sintomas não aparecem é entendido pelo portador da doença que não se faz mais necessário os medicamentos. A transmissão de conhecimento sobre os temas de saúde e fisiopatologia de doenças que envolvem a vida da população em situação de rua é fundamental para diminuir a desistência pelo tratamento. A educação em saúde deve contribuir para a prevenção de doenças, para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

As dificuldades encontradas para o acesso aos serviços de saúde não são prejudiciais apenas a continuidade de tratamento, mas desencorajam o indivíduo a buscar atendimento de saúde. Quando as pessoas se atentam para o seu corpo, os sintomas já estão insuportáveis para a sobrevivência, pois a burocracia para marcar consulta, a demora no atendimento, a exigência de documentação, o preconceito pela sua condição de higiene, entre outras coisas, retarda a procura por assistência médica.

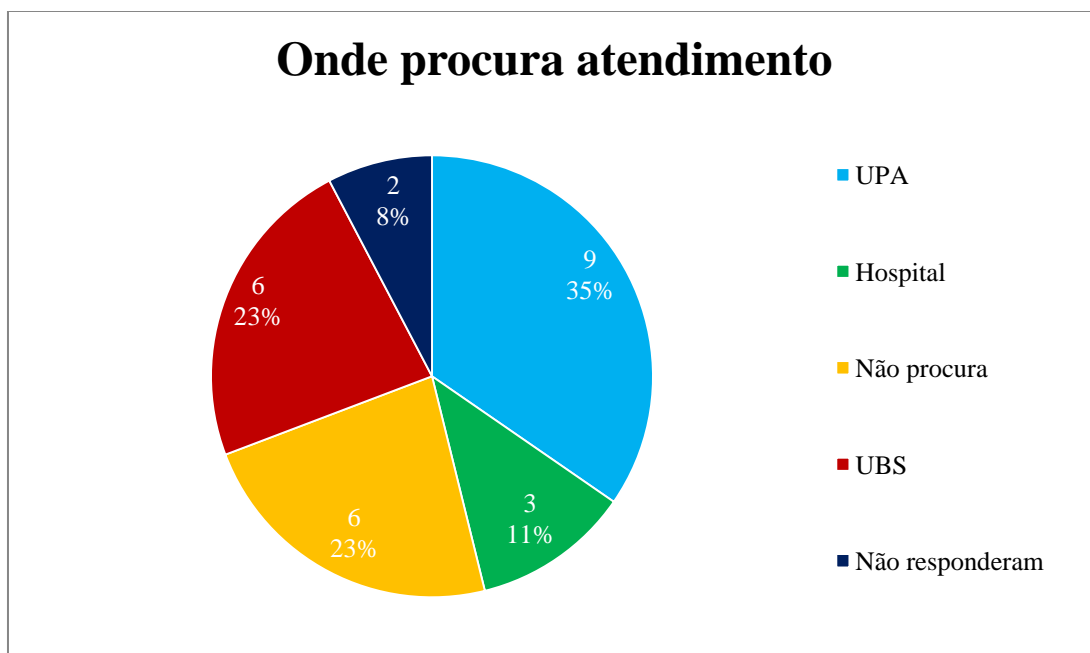


Gráfico 10 Porcentagem de acesso e utilização de serviços de saúde pelas pessoas entrevistadas. Itaguaí, 2015.

Como dito anteriormente, a população em situação de rua encara diversas dificuldades ao acesso aos serviços de saúde, e a sua concepção de adoecimento limita o entendimento do processo de cuidado com seu corpo. O resultado mostra que, de modo geral, a população em situação de rua busca preferencialmente o atendimento emergencial quando percebe que o adoecimento impede seu dia a dia de trabalho. Observa-se que mais de um terço (35%) procura a UPA quando sente que está doente; 23% procura as UBS e 11% procura o Hospital; Ainda, 23% dos entrevistados afirmaram não procurar atendimento médico, e geralmente se automedicam; 8% não responderam (Figura 11).

É importante destacar que a UPA 24h - estava em funcionamento na época da pesquisa, porém, atualmente está fora de uso pelos munícipes, por decisão do gestor local.

Os resultados do presente estudo são similares aos de estudos anteriores, de modo em que a busca por serviço de saúde ocorre em último caso, recorrendo à rede ambulatorial apenas quando já existe a acumulação de vários problemas de saúde. É observado que a procura de cuidados médicos, tanto emergenciais quanto ambulatoriais, realiza-se quando os sintomas estão no limite da capacidade de as pessoas conviverem com ela. Muitas vezes esse estado produz sequelas difíceis de se reverter, como é o caso do infarto em decorrência do não tratamento adequado da hipertensão, ou as complicações ocasionadas pelo descontrole da taxa glicêmica no

diabético. A dispersão de agentes infecciosos pela falta de preservação ou tratamento de doenças como HIV/AIDS (e outras DSTs), tuberculose e dermatites acontece, além de negligência, pelo diagnóstico tardio da doença. A pessoa em situação de rua precisa compreender a importância de se obter o diagnóstico precoce do seu quadro de saúde, do mesmo modo, estar atenta aos sinais que o corpo transmite para a necessidade de procurar atendimento médico. Isso evidencia a importância da educação focada na atenção ao corpo e nos sintomas de diversas doenças predispostas a ocorrer nesse grupo de risco.

A dificuldade de acesso é um dos limitantes da demanda ao serviço de saúde. Todo o processo burocrático de agendamento, realização de exames, espera pelo resultado, exigência de documentação, e assim por diante, que já é fatigante para a população em geral, torna-se fator de exclusão “para uma população que não se encaixa nos padrões sociais gerais” (AGUIAR & IRIART, 2012). Faz-se necessário desburocratizar o Sistema Único de Saúde para atender com equidade todos os segmentos da população.

A implantação de equipes de Consultório na Rua no município de Itaguaí seria propício e atenderia a população em situação de rua de maneira adequada e integral, oferecendo o cuidado e atenção à saúde, inclusiva no que diz respeito ao consumo abusivo de álcool e outras drogas. Essa pesquisa fornece visibilidade à problemática da população em situação de rua e prevalência do consumo de drogas, corroborando os dados do IBGE sobre números de habitantes com moradia e número de famílias em situação de rua no Município. Demonstra a possibilidade e importância da adesão do serviço de Consultório na rua em Itaguaí.

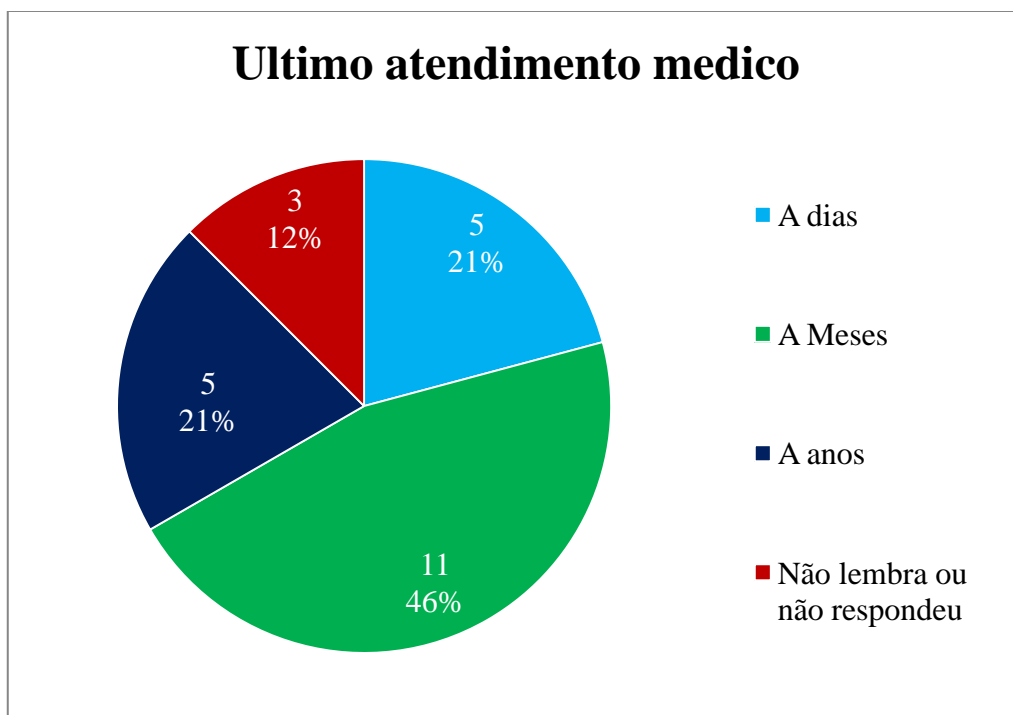


Gráfico 11 Porcentagem de tempo do último atendimento médico da população estudada. Itaguaí, 2015.

Quando questionados do último atendimento médico que receberam, 46% responderam que foi há meses; 21% disseram que não procuram atendimento médico há anos; e 21% afirmaram que há alguns dias procuraram os serviços de saúde; 12% não lembram ou não responderam (Figura 12).

Alguns dos fatores observados que revelam a dificuldade de acesso e, conseqüentemente, desencorajam a procura por serviços de saúde são a exigência de documentação, visto que muitos não possuem os documentos; o longo tempo despendido de espera para ser atendido, e a discriminação pela falta de higiene, muitas vezes por parte dos profissionais de saúde, entre outras situações que provocam a precariedade dos vínculos (Carneiro Júnior *et al.*, 1998).

Apesar dos dados demonstrarem pouco interesse da população em situação de rua em se buscar assistência médica e a falta de adesão aos tratamentos, a pesquisa revela que mais da metade das pessoas entrevistadas receberam atendimento médico em menos de um ano (Figura 12). Isso sugere que esses atendimentos foram em caráter de emergência, demonstrando a fragilidade da saúde dessa população. A fração da amostra que relatou ter anos que não procura atendimento demonstra o que já foi dito neste trabalho, que são pessoas desencorajadas pelos vínculos precários criado à rede de Saúde Pública, que possui problemas com o acesso e por

situações de discriminação, e contribui para a formação da concepção de saúde como apenas ausência de doença (PAIVA *et al.*, 2016).

É importante mencionar que muitas das doenças que acometem a população em situação de rua são consideradas doenças negligenciadas, pois afetam populações vista como de difícil acesso e são também negligenciadas pelo poder público e esquecidas pela sociedade, sobretudo, nega a acessibilidade por medidas de prevenção, muitas vezes desconhecidas, decorrente da falta de informação sobre essas doenças, cujo surgimento está associada à falta de saneamento básico e de moradia. São doenças carregadas de estigmas, causando no portador constrangimento e afastamento dos locais de cuidado. A Tuberculose, as DSTs, Hanseníase, até mesmo a dependência de substâncias psicoativas, são doenças estigmatizantes e os programas de atenção e tratamento oferecidos pelo SUS deve garantir a ampla difusão e alcance para toda a população (ADORNO, 2011 & ANTUNES *et al.*, 2016). A População em situação de rua, como outros grupos marginalizados tal qual de pessoas encarceradas, usuários de drogas, trabalhadores no mercado da prostituição etc. sofrem com o descaso e desvalorização de si próprio. A ausência de atenção e preparo dos profissionais da saúde e a escassez de projetos que beneficiem esses grupos sociais os torna mais marginalizados. A concepção de saúde e do processo de adoecimento acaba sendo construído pelas situações que decorre da discriminação, pela deficiência de estímulos para o autocuidado, e ainda pior, pelas consequências do estigma internalizado, fazendo com que o indivíduo se enxergue como inferior aos demais, produzindo desinteresse total pela vida e autoabandono, aceitando muitas vezes um serviço de má qualidade como algo que sugere caridade, baseado em um pensamento assistencialista. Existe a necessidade de acompanhamento da pessoa de rua, inclusive quando os medicamentos possuem efeitos colaterais desagradáveis, pois o paciente não se esforçará em buscar tratamento, primeiro pela sua concepção de saúde e bem estar, depois pela sua baixa autoestima e complexo de inferioridade.

5.5. Indicativo de situação estigmatizante sofrida pela população estudada em instituições de Saúde.

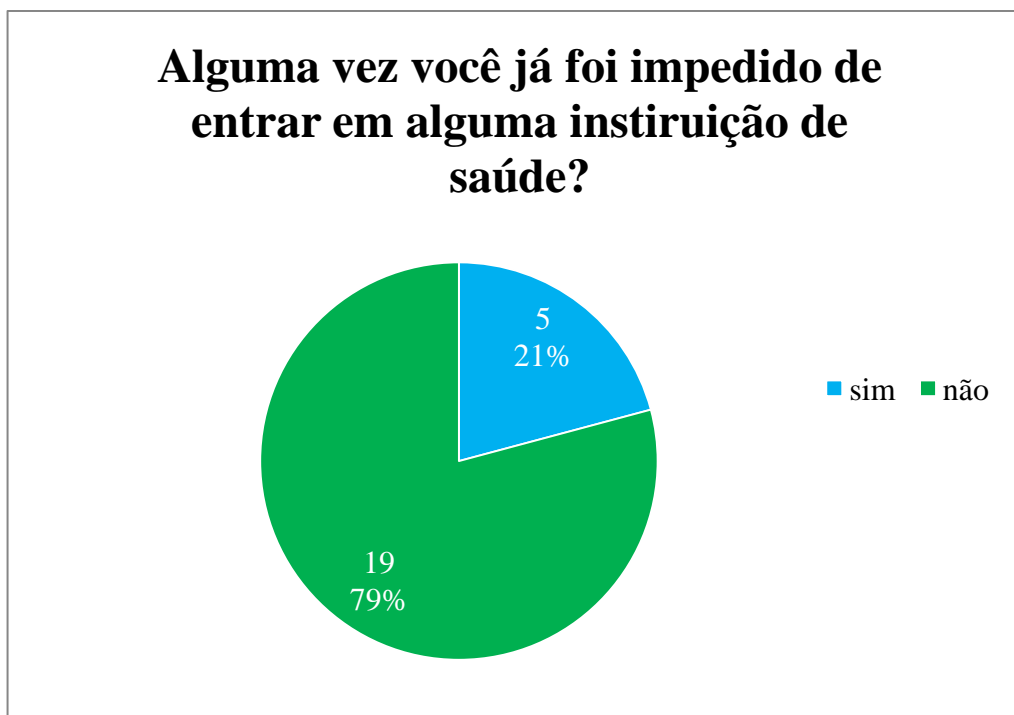


Gráfico 12 Porcentagem de pessoas que sofreram ou não alguma situação estigmatizante em instituição pública. Itaguaí, 2015.

Ao serem questionados se haviam passado por situação vexatória, sendo impedidos de entrar em alguma instituição de saúde ou perceberam atitudes estigmatizantes, 79% dos entrevistados disseram que não, e 21% disseram que sim (Figura 13). O estereótipo criado para a pessoa em situação de rua é expresso pela estigmatização entre a população em geral e inclusive pelos profissionais da saúde. Os constantes julgamentos e discriminações sofridos pela pessoa de rua causam a internalização do estigma e diversas consequências negativas, entre elas a baixa autoestima, afastamento da rede social e de cuidado, e com isso o agravamento da condição de saúde.

A população estudada indicou uma parcela notável de indivíduos que sofreram com a discriminação e foram impedidos de entrar em uma instituição pública (Figura 13), embora o

valor não revele correspondência ao fato de ser uma situação comumente citada como motivo para o afastamento da rede pública de saúde. Estudos anteriores relatam que as pessoas de rua mencionam se sentirem discriminadas nos serviços de saúde e até a dificuldade ao acesso devido à discriminação e o preconceito, porém contrasta com os depoimentos de satisfação com o atendimento recebido. Se analisarmos essa informação considerando que a internalização do estigma na pessoa de rua provoca desvalorização social, deduz-se que a satisfação procede do pensamento de não ser digno do serviço que está recebendo e não deve reclamar. Os dados indicam que existem ações estigmatizantes nas instituições de saúde, porém a maioria não sofreu com a exclusão vinda dos profissionais.

É muito importante, portanto, o cuidado com as palavras, com os termos que usamos para classificar coisas e pessoas, porque essas palavras e termos têm poder de conferir identidade e, assim, estigmatizar publicamente, reduzir uma pessoa a uma única condição, apagando, negando todas as demais, o que tem entre suas consequências a internalização desse lugar social, vindo a pessoa a constituir, por si mesma, um obstáculo ao desenvolvimento de um outro percurso, socialmente valorizado. (FORMIGONI, 2017, p.18)

Ao se trabalhar com população em situação de rua, devemos estar atentos às nossas próprias atitudes em relação ao sujeito. É necessário desconstruir os preconceitos e retirar o estereótipo negativo que reduz o indivíduo à droga que usa ou doença que possui, portanto, o cuidado com o modo que tratamos e as palavras usadas evitam consequências negativas para pessoa que recebe o cuidado. A transformação, abandono de toda ideia estigmatizadora, deve se iniciar principalmente nos profissionais que cuidam dessa população, para a construção de vínculos e promoção da autoestima da pessoa estigmatizada, e posteriormente conquistar visibilidade do poder público e sociedade, para mais programas e políticas públicas com o intuito de garantir os direitos essenciais de saúde, educação, emprego etc., sobretudo sua reinserção na sociedade como indivíduo ativo na comunidade em que está inserido.

A pessoa em situação de rua deve ser estimulada a cobrar seu direito à saúde e reconhecer sua importância na comunidade que está inserida, desfrutando do apoio da equipe dos Centros de referência especializado da assistência social para população em situação de rua (Centro POP), cuidar do seu bem estar, mesmo com as desvantagens de se viver na rua, pois compreende-se que a discriminação social, a precariedade dos vínculos e as diversas situações de risco que são expostos aumentam a insegurança e os comportamentos não saudáveis, mas mesmo assim, em

conjunto com os profissionais da Assistência Social e Saúde, devem enfrentar as condições adversas e elevar sua autoestima e confiança em si mesmo e no próximo. A saúde deve ser tratada com seriedade, reconhecendo a necessidade de se prevenir e preservar as pessoas a sua volta, tornando-se responsável pela boa qualidade de vida sua e da comunidade.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando entendemos que a situação da saúde da população em situação de rua está relacionada aos determinantes sociais que a afeta, que a condição de vida, em diversos aspectos, influencia a qualidade de vida e, conseqüentemente, a ocorrência de problemas de saúde (MINAYO, HARTZ & BUSS, 2000), podemos desenvolver estratégias para minimizar os fatores que impedem o bem estar e a construção de uma consciência de autopreservação e preservação do meio.

O ambiente hostil da rua não proporciona condições saudáveis de vida às pessoas que utilizam seus recursos disponíveis para a sobrevivência, para se manterem fora de risco. É uma população em vulnerabilidade, exposta as circunstâncias contrárias ao seu bem estar, obrigada a valer-se de todos os meios conhecidos para enfrentar as dificuldades existentes nos logradouros públicos, nem que isso comprometa sua integridade física. A ausência de confiança nas pessoas e instituições é um dos limitantes a busca pelos Serviços de Saúde, portanto, faz-se necessária a reconstrução dos vínculos, do sentimento de segurança no ambiente inserido e da esperança de vida, tornando-se possível com a extinção de atitudes discriminatórias que causam o afastamento da população em situação de rua com a rede de saúde. Contudo, o fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e com as instituições de cuidado são etapas fundamentais para garantia do direito à saúde. O acompanhamento e apoio realizado pelas equipes de Assistência Social do município de Itaguaí têm beneficiado essa relação das pessoas em situação de rua com a comunidade e as instituições de saúde, além de trabalhar com a elevação de autoestima, autocuidado e projeto de vida.

Porém, o problema grave de saúde que afeta a população em situação de rua em todo o país continua sendo motivo de atenção no município: o uso abusivo de álcool e outras drogas. A prevalência relativamente alta de usuários de substâncias psicoativas revela a necessidade

urgente de se trabalhar essa questão (Rosa, 2006), sinalizando as consequências prejudiciais à saúde causadas pelo uso abusivo dessas substâncias. Ademais, o tema deve ser abordado nas instituições de pesquisas para a elaboração de estratégias farmacológicas e psicoterápicas para o combate dos transtornos mentais e comportamentais causados por substâncias psicoativas. Os profissionais de saúde mental devem estar preparados para assumir a responsabilidade de apoio essencial na reabilitação do usuário, oferecendo recursos psicossociais e físicos para reconstrução do seu projeto de vida, participante importante na sociedade e reinserção social. Por esse motivo que medidas educativas de conscientização a prevenção e promoção de saúde são importantes para formar pessoas conscientes de seus deveres de autocuidado e preservação individual e do coletivo. A realização de oficinas com temas relacionados à sua vivência, que tirem dúvidas em relação ao funcionamento do seu corpo e as práticas de saúde adequadas para seu bem estar e vida saudável, inclusive na adesão de tratamentos adequados e ações preventivas de doenças, são práticas ativas para se conquistar resultados favoráveis de educação em saúde.

Entretanto, é indispensável o acesso facilitado dessa população aos serviços de saúde, pois a burocratização muitas vezes surge como empecilho para o diagnóstico e o tratamento precoce da enfermidade. As dificuldades de disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade são limitantes para o efetivo cuidado à saúde da pessoa em situação de rua, e protocolos simples poderiam ser adotados, como por exemplo, tirar a obrigatoriedade de apresentar documentação, exames de urgência para grupos de riscos para determinadas doenças, disponibilizando o material indispensável para a realização, se possível o resultado ser encaminhado para as equipes dos Centros POP, com a devida confidencialidade, para a entrega aos usuários do serviço, por conta da proximidade com esse público. Entre outras medidas que podem ser tomadas incluem a facilitação da comunicação entre as redes intersetoriais para acompanhar as necessidades dessa população; estabelecer equipes de abordagem na rua e equipes de Consultório na rua; e promover ações que garantam a equidade, integralidade e universalidade que o SUS e o SUAS propõem.

É importante que esse tema seja estudado com mais empenho, visto que não se pressiona o Gestor Público da necessidade de atuação especializada para esse público se não houver pesquisas e dados estatísticos como referências. É preciso dar visibilidade ao tema.

Por fim, a atenção às doenças consideradas negligenciadas e estigmatizantes, por possuírem bagagem negativa e causarem desconforto e constrangimento pelo fato de serem mal

vistas pela sociedade, reputando por imoral e indignante, além de serem consideradas menos importantes por atingirem um grupo de pessoas de difícil acesso, logo, recebem menos atenção do poder público. Doenças tal como Hipertensão e Diabetes devem ser tratadas continuamente, sendo assim, é necessário o cuidado dos profissionais da saúde e assistência social no acompanhamento do sujeito adoentado. Conscientizar a pessoa em situação de rua da importância em manter o tratamento corretamente e continuamente para a sua recuperação, sinalizando os problemas ocasionados pela interrupção dos procedimentos terapêuticos e pelos comportamentos não saudáveis, bem como o consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e outras drogas. Orientando a importância da prevenção da saúde através de atitudes de preservação de si próprio e das relações sociais.

É evidente a urgência de se tratar a exclusão social da população em situação de rua como problema social grave, que contribui para a negação da autoestima, levando a pessoa a se descuidar da saúde, colaborando, inclusive, para o aumento da prevalência do uso abusivo de substâncias psicoativas, transformando-se em uma questão de saúde pública. O combate a essa problemática concentra-se em propor abordagens terapêuticas humanizadas para a pessoa marginalizada, em situação de rua, com apoio e atenção integral, abandonando o foco na repressão do indivíduo usuário de drogas, que acarreta na estigmatização do sujeito, no intuito de recuperar a saúde de quem precisa. Sobretudo, deve-se desenvolver ações de promoção da saúde, com propostas educativas, pois a realidade da população em situação de rua revela o desleixo com seu bem estar e autopreservação. A falta de preocupação com a saúde somada à dificuldade de acesso aos serviços de Atenção Básica de Saúde retarda a conscientização por estilo de vida saudável, portanto, é importante desenvolver estratégias para promover o autocuidado que a pessoa em situação de rua deve ter com sua saúde.

7. REFERENCIA

ADORNO, R. D. C. F. Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua. **Etnográfica. Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia**, 15(3)), 543-567, 2011.

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**, 28, 115-124, 2012.

ANDRADE, L. P.; COSTA, S. L.; MARQUETTI, F. C. A rua tem um ímã, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do Estado de São Paulo. **Saúde Soc.** São Paulo, v.23, n.4, p.1248-1261, 2014.

ANTUNES, C. M. C.; ROSA, A. S.; & BRÊTAS, A. C. P. Da doença estigmatizante à ressignificação de viver em situação de rua. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 18. 2016.

BARATA, R. B.; CARNEIRO, J. N.; RIBEIRO, M. C. S. A.; SILVEIRA, C. Health social inequality of the homeless in the city of São Paulo. **Saúde Soc.** 2015; 24 Suppl 1:219-32.

BORDIGNON, J. S. et al. **Adultos em situação de rua: Acesso aos Serviços de Saúde e Constante Busca Pela Ressocialização.** Revista Contexto & Saúde, Ijuí. Editora Ijuí. v. 10. n. 20. Jan./Jun. 2011. p. 629-634.

BOTTI, N. C. L. de CASTRO, C. G.; SILVA, A. K.; da SILVA, M. F.; de OLIVEIRA, L. C.; & FONSECA, L. L. K. Padrão de uso de álcool entre homens adultos em situação de rua de Belo Horizonte. SMAD: **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 6, p. 536-555, 2010.

BISCOTTO, P. R.; JESUS, M. C. P.; SILVA, M. H.; OLIVEIRA, D. M.; MERIGHI, M. A. B. Understanding of the life experience of homeless women. **Rev Enferm USP.** 2016; 50(5): 749-755.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 04 abril 2018.

BRASIL. 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, Brasília, DF, 23 dez. 2009. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Meta Instituto de Pesquisa de Opinião. **Primeiro Censo Nacional e Pesquisa Amostral sobre população em situação de rua**. Sumário Executivo de Fortaleza. Brasília: MDS/META, mar. 2008.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome - MDS. Secretaria Nacional de Assistência Social – SNAS. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004 e Norma Operacional Básica – NOB/SUAS**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Secretaria Nacional de Assistência Social – SNAS. **Texto de orientação para o reordenamento do serviço de acolhimento para a população adulta e famílias em situação de rua**. Brasília: MDS, 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome - MDS. Secretaria Nacional de Assistência Social – SNAS. **Programa Crack, é possível vencer: Enfrentar o crack. Compromisso de todos**. Brasília: MDS, 2013. .

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas** / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempliuk e Lúcia Pereira Barroso. – Brasília: SENAD, 2009. 364 p.

BRASIL. Secretaria Municipal de Assistência Social e Desenvolvimento Humano (SMASDH) & Instituto Pereira Passos (IPP). **Somos Todos Cariocas: Levantamento da População em Situação de Rua da Cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: SMASDH, 2018.

BUTLER, J.; OKUYEMI, K.S.; JEAN, S.; NAZIR, N.; AHLUWALIA, J. S.; & RESNICOW, K. **Smoking characteristics of a homeless population**. *Substance Abuse*, 23, 223–231. 2002.

CADEI, M. S.; COSTA, T. *Educação em Saúde*. v. 1 Rio de Janeiro: Fundação CECIERJ, 2013.

CANÇADO, T. C. L.; SOUZA, R. S.; CARDOSO, C. B. S. **Trabalhando o conceito de Vulnerabilidade Social**. XIX Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Universidade de Brasília; Brasília: 2014. 21 p.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A. (Coord.). I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – São Paulo: CEBRID/SENAD, 2002. 380 p.

_____. (Coord.). II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. Brasília: SENAD; São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2006. 468 p.

CARNEIRO JUNIOR, N.; NOGUEIRA, E. A.; LANFERINI, G. M.; ALI, D. A.; & MARTINELLI, M. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. **Saúde e Sociedade**, 7, 47-62. 1998.

CONNOR, S. E.; COOK, R. L.; HERBERT, M. I.; NEAL, S. M.; WILLIAMS, J. T. Smoking cessation in a homeless population. There is a will, but is there a way? **Journal of General Internal Medicine**, 2002 17, 369–372. doi:10.1046/j.1525-1497.2002.10630.x

FEDERAL, Senado. Estatuto do idoso. **Brasília (DF): Senado Federal**, 2003.

FAGERSTROM, K. O.; FURBERG, H. A comparison of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence and smoking prevalence across countries. **Addiction**, 2008. 103, 841–845.

FORMIGONI, O. S. Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas III. Série. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1-7. – 11. e 12. ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**, 2017.

GBD 2015 Tobacco Collaborators. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. **Lancet** . 2017;389(10082):1885–1906.

GOMES, B. M. R., et al. **The contexto of alcohol consumption among adolescents and their families**. International Journal of Adolescent Medicine and Health, 2013.

HINO, P.; SANTOS, J. O.; ROSA, A.S. **People living on the street from the health point of view**. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 1):684-92.

HWANG, S. W.; KIRST, M. J.; CHIU, S.; TOLOMICZENKO, G.; KISS, A.; COWAN, L.; & LEVINSON, W.. Multidimensional social support and the health of homeless individuals. **Journal of Urban Health**, New York, v. 86, n. 5, p. 791-803, 2009.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 12 de setembro de 2018.

KOGA, D. Medidas de cidades: entre territórios de vida e territórios vividos. São Paulo: Cortez, **Serv. Soc. Rev., Londrina**, V. 16, N.1, 32 P. 30-42, 2013.

LARANJEIRA, R. MADRUGA, C. S., PINSKY, I., CAETANO, R., & MITSUHIRO, S. S. II levantamento nacional de álcool e drogas (LENAD)-2012. **São Paulo: Instituto Nacional de**

Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas/Universidade Federal de São Paulo.(INPAD), UNIFESP. 2014.

L'ABBATE, S. **Educação em Saúde:** Uma nova Abordagem. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 10(4): 481-490, out/dez, 1994.

MENDES, C. R. P.; HERR, J. F. Homeless, drug addiction and Project for life: an experience report in CAPS-ad. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 6, n. 1, jan. /jun. 2014, p. 90-97.

MINAYO, M. C.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de Vida e Saúde: Um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1): 7-18, 2000.

NORTH, C. S.; GARG, K. M. E.; POLLIO, D. E.; THIRTHALLI, J. A prospective study of substance use and housing stability in a homeless population. **Soc Psychiat Epidemiol** (2010) 45:1055–1062.

NOTO, A.R.; GALDURÓZ, J.C.F.; NAPPO, A.S.; FONSECA, A.M.; CARLINI, C.M.A.; MOURA, Y.G. **Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras – 2003.** São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2004. 246 p.

NUNES, E. D. **Saúde Coletiva:** História de uma idéia e de um conceito. Saúde e Sociedade 3(2): 5-21, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS (Coord.). **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10:** descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

PAIVA, I. K. S.; LIRA, C. D. G.; JUSTINO, J. M. R.; MIRANDA, M. G. O.; SARAIVA, A. K. M. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(8):2595-2606, 2016.

PBH DIVULGA o 3º Censo de População em situação de Rua e Migrantes. **Sala de Notícias**, Belo Horizonte, 30 abr. 2014. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&idConteudo=154144&pIdPlc=&app=salanoticias>>. Acesso em: 16 junho. 2018.

Resolução, C. N. A. S. nº 109/2009,“. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**.

ROSA, A. S.; SECCO, M. G.; BRÊTAS, A. C. P. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. **Rev. Bras. Enferm.** 2006 maio jun; 59(3): 331-6.

SÃO PAULO (Cidade). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. **Pesquisa Censitária da População em situação de rua, caracterização socioeconômica da População adulta em situação de rua e relatório temático de identificação das necessidades desta população na cidade de São Paulo**. São Paulo: FIPE, 2015.

SAUCEDO, I. A.; TARACENA, B. E. Habitar la calle: pasos hacia una ciudadanía a partir de este espacio. **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud**, 2011; 9(1), 269 – 285

SHIER, M. L.; JONES, M. E.; GRAHAM, J. R. Sociocultural factors to consider when addressing the vulnerability of social service users: insights from women experiencing homelessness. **Affilia J Women Soc Work**. 2011; 26(4):367-81.

SOUSA, A. Ministério da Saúde. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/centro-de-atencao-psicossocial-caps>>. Acesso em: 21 de junho de 2018.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (suplemento), p. 153-162, 2002.

TIENE, I. **Mulher moradora na rua: entre vivências e políticas sociais**. Campinas, SP: Ed. Alinea. 2004.

TONDIN, M. C.; NETA, M. A, P. B.; PASSOS, L. A. Consultório de Rua: intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. **R. Educ. Públ. Cuiabá**, v. 22, n. 49/2, p. 485-501, maio/ago. 2013

TORCHALLA, I.; STREHLAU, V.; OKOLI, C.T.C.; LI, K.; SCHUETZ, C.; KRAUSZ, M. Smoking and predictors of nicotine dependence in a homeless population. **Nicotine Tob Res**, 2011. 13(10):934–942

VARANDA, W.; ADORNO, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.1, p.56-69, jan-abr 2004.

VIEIRA, M. A. C.; BEZERRA, E. M. R.; ROSA, C. M. M. **População de rua: quem é, como vive, como é vista**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1992.

8. APÊNDICE

Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	Idade:		
Consome bebida alcoólica?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não
Fuma? (Tabaco)			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não
Faz uso de drogas ilícitas?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não
Frequenta o CAPs?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não atualmente	<input type="checkbox"/> Nunca
Possui Algum problema de saúde? Qual?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não
Segue corretamente o tratamento? (Qual medicamento?)			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não
Quando doente, onde procura atendimento?					
Já foi impedido de entrar em alguma instituição de Saúde?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não
Última vez que recebeu atendimento Médico (atendimento em hospital ou PS):					
Algo mais:					

- Questionário