



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

CARLOS EDUARDO ESMERALDO FILHO

NECESSIDADES DE SAÚDE DOS MORADORES DE RUA:
desafios para as políticas sociais do município de Fortaleza-CE

FORTALEZA-CE
2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

CARLOS EDUARDO ESMERALDO FILHO

NECESSIDADES DE SAÚDE DOS MORADORES DE RUA:
desafios para as políticas sociais do município de Fortaleza-CE

Dissertação Apresentada ao Curso de Mestrado
Acadêmico em Saúde Pública, do Centro de
Ciências da Saúde, Universidade Estadual do
Ceará, como requisito parcial para obtenção do
Grau de Mestre

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Conde de Oliveira

DEDICATÓRIA

À minha querida esposa Geordany, pelo apoio incondicional, pelo amor, carinho e atenção que foi tão importante para a realização desse trabalho. Pelos momentos de compartilhamento de idéias e reflexões, pelas palavras de força e pela paciência e compreensão nos momentos de ausência e irritação. Enfim, por existir na minha vida, por me afetar e me fazer querer estar em permanente movimento e mudança.

E à minha filha Vitória, pelos sorrisos e gargalhadas, pelas traquinagens, balbucios, choros, pelos “papá”, pelas palmas, pelas descobertas, enfim, por proporcionar intensas alegrias que renovaram totalmente as minhas energias e disposição nos momentos mais cansativos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me conduzido em Seus braços em toda a trajetória desta dissertação.

Aos meus pais e irmãos, pelo apoio, carinho e aconchego familiar

À Profa Dra. Lúcia Conde de Oliveira, minha orientadora, pela dedicação constante, por ter proporcionado ricos momentos de aprendizado, pelo confiança no meu trabalho e pela leitura e revisão exaustiva e cuidadosa da dissertação

Aos colegas da minha turma do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública (CMASP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Marcos, Edson, Alípio, Paola, Ana Patrícia, Rosana, Vyna, Josiane, Cláudia, Natasha, Clarissa, Ivani e Socorro

Aos professores e funcionários do CMASP, pelo trabalho árduo e contribuição para o funcionamento e qualidade do curso

À coordenadora do curso de psicologia da UECE, Alessandra Xavier, e à vice-coordenadora, Ruth de Paula, pela confiança e compreensão demonstrada

A toda a equipe do Centro de Atendimento da População de Rua, pela excelente recepção e acolhimento na instituição

A Fernanda, da Pastoral do Povo de Rua, e a Lídia Pimentel, pelas contribuições e momentos de diálogo

A todos as pessoas em situação de rua que participaram, direta ou indiretamente da pesquisa

RESUMO

O estudo sobre as necessidades de saúde dos moradores de rua é fundamental para a elaboração de políticas públicas e organização das práticas de saúde e dos processos de trabalho visando atender a essas necessidades. Este estudo tem como objetivos: compreender as necessidades de saúde dos moradores de rua do município de Fortaleza-CE e como eles significam a sua saúde; apreender as políticas sociais do município relacionadas aos moradores de rua; e discutir como se dá a articulação entre os diferentes setores das políticas sociais do município no que diz respeito aos moradores de rua. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cujas técnicas de coleta de dados utilizadas foram entrevistas individuais semi-estruturadas e observação participante. Foram entrevistados nove moradores de rua usuários do Centro de Atendimento da População de Rua e quatro representantes das políticas municipais, sendo dois vinculados à Secretaria Municipal de Saúde e dois da Secretaria Municipal de Assistência Social. Como técnica de análise dos dados, utilizamos a análise crítico-reflexiva, conforme proposta de Minayo. As interpretações dos resultados mostraram que os moradores de rua vivenciam vários problemas de saúde, especialmente os relacionados ao uso abusivo de drogas e à violência à qual eles estão submetidos. Destacamos cinco grupos de necessidades de saúde: a necessidade de segurança física e psicossocial, a necessidade de ser visto como um ser humano digno de respeito, a necessidade de cooperação e de coesão social, necessidade de autonomia e a necessidade de acesso aos serviços de saúde. Há inúmeros desafios que se impõe às políticas públicas no que se refere ao amparo ao morador de rua, incluindo a inadequação dos serviços para atender as especificidades dos moradores de rua e os limites estruturais tanto da política de assistência social quanto da política de saúde. A política pública deve construir e atender a necessidades qualitativamente distintas e heterogêneas, o que deve ser feito por meio da co-responsabilização de vários atores. Por fim, recomendamos o estudo de outras categorias que essa pesquisa não contemplou, como por exemplo a afetividade.

Palavras-chave: moradores de rua, necessidades de saúde, políticas sociais

ABSTRACT

The study on the health needs of homeless people is fundamental to public policy and to development and organization of health practices and work processes in order. This study aims at understanding the health needs of the homeless in the city of Fortaleza and how they mean their health, learn the local social policies related to homeless people, and discuss how is the articulation between different sectors of the social policies of the city with regard to the homeless. This is a qualitative research, whose techniques of data collection used were semi-structured interviews and participant observation. We interviewed nine homeless users of the Service Center of Homeless People and four representative of municipal policies, two of them linked to the Municipal Health Department and the other two from the Municipal Social Welfare. As a technique for data analysis, we used the critical-reflective analysis, as proposed by Minayo. The interpretations of the results showed that homeless people experience multiple health problems, especially those related to drug abuse and violence to which they are submitted. We found five groups of health needs: the need for psychosocial and physical security, the need to be seen as a respectable human being, the need for cooperation and social cohesion, the need for autonomy and the need for access to health services. There are many challenges to be faced by government policy in relation to the homeless, including the inadequacy of services to fit the characteristics of the homeless and the structural limits of both social welfare policy and health policy. Public policy should build and meet qualitatively and heterogeneous needs. Finally, we recommend the study of other categories, wich this research has not covered, such as affection.

KEYWORDS: homeless, health needs, social policies

SUMÁRIO

RESUMO.....	5
ABSTRACT.....	6
1 INTRODUÇÃO.....	8
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1 As políticas sociais: concepções e determinantes.....	17
2.2 Contextualizando a realidade dos moradores de rua.....	31
2.3 Necessidades de saúde.....	35
3 - METODOLOGIA.....	47
3.1 Tipo de estudo.....	47
3.2 Cenário da pesquisa.....	48
3.3 Sujeitos da pesquisa.....	51
3.4 Coleta de dados.....	53
3.5 Análise e interpretação dos dados.....	55
3.6 – Aspectos éticos e legais da pesquisa.....	59
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	60
4.1 Necessidades de saúde dos moradores de rua de fortaleza.....	60
4.2 Os desafios para as políticas sociais diante das necessidades de saúde dos moradores de rua.....	102
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	135
REFERÊNCIAS.....	142
APÊNDICES.....	153

1 INTRODUÇÃO

O interesse em estudar esta problemática surgiu, em primeiro lugar, a partir do desejo em conhecer a realidade social do povo brasileiro, mais especificamente das vítimas das injustiças sociais do município de Fortaleza-CE, representados aqui especificamente pelas pessoas que vivem nas ruas, que em alguns casos estão completamente abandonados pela família, pelo poder público, pela sociedade em geral. Em segundo lugar, pretendia desenvolver estudos a respeito das políticas sociais, em geral, e de saúde, em particular, considerando-se as necessidades de saúde dos moradores de rua do município de Fortaleza como foco principal.

O contato com essa realidade teve início em 2005, quando comecei a facilitar um grupo com ex-moradores de rua, abrigados numa entidade religiosa de Fortaleza-CE. Em 2006, realizei uma monografia de graduação, com o título: “Saúde mental e (ex)-moradores de rua: um estudo a partir do valor pessoal e do poder pessoal” (ESMERALDO FILHO, 2006). O estudo desenvolveu uma concepção de saúde mental que considerou as categorias psicossociais valor pessoal e poder pessoal como fundamentais.

Dando continuidade a esse estudo, e seguindo a mesma linha, realizei, em 2007, uma monografia de Especialização em Saúde Mental, intitulada: “Histórias de vida de ex-moradores de rua: valor pessoal, poder pessoal e uso abusivo de álcool” (ESMERALDO FILHO, 2007), na qual pude aprofundar o estudo das mesmas categorias teóricas, entretanto, especificando a sua relação com o uso abusivo de álcool por moradores de rua.

Além dessas implicações mais pessoais, podemos considerar, diante das condições do processo de exclusão social por que passam os moradores de rua, que essa é uma temática de grande relevância social. E, também, conforme Prates e Prates (2005), a pesquisa acadêmica pode trazer valiosa contribuição para o desenvolvimento das políticas sociais, bem como para as discussões acerca da intersectorialidade na gestão municipal.

O conhecimento das necessidades de saúde dos moradores de rua de Fortaleza-CE pretende contribuir para o aperfeiçoamento das políticas sociais focadas nessa população, subsidiando a criação e o desenvolvimento de metodologias de intervenção junto à comunidade em geral e à população de rua, de maneira a tratar essa problemática não somente sob uma ótica assistencialista ou imediatista, mas principalmente considerando as

potencialidades dos indivíduos e das comunidades e atentando-se para o caráter preventivo das políticas públicas.

Soma-se a isso a ausência de estudos no Brasil e, particularmente, em Fortaleza, que abordem especificamente as necessidades de saúde dos moradores de rua. Os estudos anteriores sobre a população de rua abrangem temáticas como crianças e adolescentes nas ruas, a situação dos moradores de rua, as estratégias de sobrevivência, a exclusão social, a saúde mental, resiliência, identidade, dentre outros. Alguns estudos - nenhum deles em Fortaleza - investigam também o processo saúde-doença, o adoecimento, o atendimento dos serviços de saúde aos moradores de rua, as redes sociais e a promoção da saúde. Destacamos os estudos de Escorel (1999), Adorno e Waranda (2004), Campos e Mattos (2004), Mendes e Silveira (2004), Costa (2005), Souza, Silva e Caricari (2007), Canônico (2007), dentre outros.

Dentre os trabalhos realizados em Fortaleza, destacamos algumas monografias do curso de graduação em psicologia da UNIFOR e da Universidade Federal do Ceará e de Especialização em Saúde Mental na Universidade Estadual do Ceará (ALCÂNTARA, 2004; ESMERALDO FILHO, 2006; ESMERALDO FILHO, 2007; TEIXEIRA, 2007; FARIAS, 2007), que investigaram categorias psicossociais junto a moradores abrigados numa entidade religiosa do município de Fortaleza-CE, abordando temáticas como identidade social, consciência, poder pessoal, sentimento de pertença e alcoolismo. Na perspectiva da sociologia, podemos citar a dissertação de mestrado “Vidas nas Ruas: Corpos em Percursos no Cotidiano da Cidade” (RODRIGUES, 2005). Ressaltamos, ainda, monografia do curso de graduação em serviço social da Universidade Estadual do Ceará (SOUZA, 2008), que analisa as práticas de assistência ao morador de rua em Fortaleza-CE.

Não existe, em Fortaleza, estudo que discuta sobre a compreensão das necessidades de saúde dos moradores de rua da cidade, bem como as políticas sociais no atendimento a essas necessidades. Buscamos, portanto, com esse estudo, superar essa lacuna, discutindo sobre a realidade dos moradores de rua e suas necessidades de saúde.

Assim, considerando a necessidade de se discutir sobre essas questões, a vulnerabilidade psicossocial a que estão submetidos os moradores de rua, as suas precárias condições de saúde, a ausência de um apoio social e familiar, além da pouca quantidade de pesquisas, o estudo buscou contemplar essa problemática, de modo a dar atenção a um tema social bastante presente nos meios urbanos.

Os moradores de rua constituem uma categoria social caracterizada, ao mesmo tempo, pela invisibilidade social (CAMPOS E MATTOS, 2004) e pela visibilidade na paisagem urbana (COSTA, 2005; TOSTA, 2003), devido à quantidade crescente de pessoas

trabalhando e vivendo nas ruas das grandes cidades. Basta andar nas ruas, nas calçadas ou nas praças, e qualquer um pode de repente se deparar com o cenário de uma pessoa dormindo, abandonada, caída. A situação de rua corresponde a uma condição de miséria, em que o indivíduo é negado em seus direitos fundamentais, negado até como um ser humano. Escorel (1999) refere-se às pessoas em situação de rua como sendo resultados de um processo de exclusão social em que, no limite, o ser humano é reduzido à condição de animal, restringindo-se à luta pela sobrevivência diária e destituído do pleno exercício das potencialidades humanas.

Vários autores consideram os moradores de rua como sendo uma das categorias mais afetadas pelo processo de exclusão social. Esse processo vem se aprofundando nas últimas décadas, como decorrência das políticas neoliberais que caracterizaram, de uma forma geral, os governos da América Latina, principalmente a partir do final da década de 80 e início dos anos 90 (BURSZTYN, 2003; ESCOREL, 1999; TOSTA, 2003; COSTA, 2005; ADORNO E WARANDA, 2004; GIORGETTI, 2006).

O uso indiscriminado do termo *exclusão social* acaba gerando uma certa confusão, indefinição e imprecisão conceitual, prestando-se aos mais variados e diferentes usos, sendo adotado por religiosos, acadêmicos, políticos, mídia e governantes (WANDERLEY, 2007; TOSTA, 2006; ESCOREL, 1999; SAWAIA, 2007a).

Sawaia (2007a, p.7) acredita que as ambigüidades características do conceito de exclusão social não devem ser necessariamente eliminadas do ponto de vista conceitual, mas aprimoradas, pois, para ela, as ambigüidades “não revelam erro ou imprecisão, mas a complexidade e contraditoriedade que constituem o processo de exclusão social, inclusive a sua transmutação em inclusão social”.

Escorel (1999) estabelece cinco dimensões do processo de exclusão social: a econômico-ocupacional, a sócio-familiar, a da cidadania, das representações sociais e da vida humana. Considera, portanto, não somente aspectos relativos ao desemprego ou à precarização do emprego, mas também a um processo de total ruptura dos vínculos sociais, à destituição de cidadania, à marginalização e discriminação e até a desconsideração da dignidade da pessoa humana.

A questão das pessoas em situação de rua representa, portanto, um dos mais profundos exemplos do processo de exclusão social, marcados pelas cinco dimensões destacadas por Escorel (1999), tendo em vista que os moradores de rua sofrem tanto pelo desemprego ou subemprego, como também pela fragilização dos vínculos sócio-familiares e

da cidadania (GIORGETTI, 2006; ADORNO E WARANDA, 2004; BULLA, PRATES E MENDES, 2004; CAMPOS E MATTOS, 2004; SNOW E ANDERSON, 1998).

Tosta (2003, p. 203), referindo-se aos moradores de rua, destaca:

Há ainda um processo mais profundo de exclusão no qual certos grupos sociais não são reconhecidos nem mesmo na sua condição de seres humanos, portadores de direito. É assim que se torna importante investigar a construção de uma representação social do excluído em que sua expulsão do mundo dos direitos tem a aceitação da sociedade

Analisando os aspectos determinantes do fenômeno da exclusão social e, particularmente, da situação dos “moradores de rua” no Brasil, não podemos deixar de destacar o histórico de dependência econômica e submissão do país aos interesses internacionais, caracterizado pela invasão e colonização do europeu, o qual buscou nas terras brasileiras o lucro acima de tudo. Alta concentração de renda, desigualdade e exclusão social sempre estiveram presentes no desenvolvimento sócio-econômico do Brasil, situação agravada nas últimas décadas, desde o fim do “milagre econômico” na década de 1970. Com a globalização, aumentaram as disparidades e desigualdades econômicas e sociais entre as regiões do mundo, bem como as desigualdades internas nos chamados países da periferia do capitalismo (COSTA, 2005; ADORNO e WARANDA, 2004; RIBEIRO, 1995).

Outro importante fator que confere novas determinações à situação de rua é a urbanização caótica ocorrida no Brasil durante o século XX. A expulsão da população do campo, provocada principalmente pela questão dos latifúndios e monopólio das terras, bem como a monocultura, foi um importante fator que provocou o aumento da população urbana no país. O que aconteceu, entretanto, foi que a industrialização não foi suficiente para absorver o crescente contingente populacional e de mão-de-obra nas cidades brasileiras, as quais não estiveram preparadas para esse acréscimo na população. “Sua consequência foi a miserabilização da população urbana e uma pressão enorme na competição por empregos” (RIBEIRO, 1995, p.198).

Além disso, não podemos também deixar de falar no desemprego estrutural como consequência da reestruturação produtiva, que, com o impacto das profundas mudanças tecnológicas, vem substituindo o trabalho vivo pelo trabalho morto, reduzindo a capacidade de emprego e favorecendo a precarização das relações de trabalho (ANTUNES, 2005).

A literatura sobre essa problemática refere-se sempre à complexidade e à heterogeneidade da categoria moradores de rua. As características da população em situação de rua variam, portanto, dependendo do contexto regional e sócio-histórico em que essa população está inserida. Dentro de um mesmo município e contexto sócio-histórico, ainda

assim há heterogeneidades, marcadas em diferentes modos de vida e de inserção na rua (SCOREL, 1999; GIORGETTI, 2006; CAMPOS E MATTOS, 2004; TOSTA, 2003. BURSZTYN, 2003).

A heterogeneidade das populações em situação de rua leva ao uso de uma série de termos referentes à problemática, tais como povo de rua, população de rua, sofredor de rua, trecheiro, mendigo, albergado, pardais, andarilhos, além de expressões de cunho pejorativo tais como maloqueiro e bêbado. Os termos mais utilizados são “moradores de rua” e “população em situação de rua” (VIEIRA, BEZERRA E ROSA, 1992; ADORNO E WARANDA, 2004).

Nem sempre esses termos referem-se à mesma condição. Escorel (1999), por exemplo, distingue morador de rua de pessoa em situação de rua, afirmando que enquanto o primeiro traduz a condição fixa e duradoura, o segundo diz respeito a uma estada temporária ou passageira. Há também os que colocam a expressão “situação de rua” com o intuito de definir vários tipos de usos da rua, nos quais se incluem tanto os que moram permanentemente na rua como também os que moram em albergues e os que usam a rua como meio de sobrevivência. Incluem-se aí os moradores de rua propriamente ditos e também os trabalhadores de rua, dos quais podem ser citados catadores de lixo, vendedores ambulantes, flanelinhas, lavadores e guardadores de carro, dentre outros. Neste estudo, usaremos os termos situação de rua e moradores de rua para definir especificamente as pessoas que moram permanentemente nas ruas, que são os sujeitos a serem pesquisados.

Apesar da heterogeneidade, algumas características são destacadas como pertencentes à maioria das populações de rua, sem descartar as singularidades, tais como: a ruptura ou fragilização dos vínculos sociais e familiares, itinerância e mobilidade, invisibilidade social, a exposição a riscos e diversos tipos de violência, o uso abusivo de álcool e outras drogas, que muitas vezes surge como um dos fatores que predispõe a ida para as ruas, dentre outros (ESMERALDO FILHO, 2007; ADORNO E WARANDA, 2004; CAMPOS E MATTOS, 2004; SCOREL, 1999).

Aspectos mais subjetivos revelam sentimentos de insegurança, desproteção, devido à freqüente exposição a riscos, e até mesmo uma completa desesperança em relação à vida. Na rua não existe uma rede suficiente de apoio familiar e social para a população de rua, cujas relações interpessoais geralmente se limitam a algumas poucas e às vezes frágeis amizades ou então a pedidos de esmolas. Vários exemplos apresentam ainda uma fragilização do poder pessoal e uma atitude fatalista frente ao mundo, marcada por uma descrença na possibilidade de mudança da realidade (ESMERALDO FILHO, 2006; SCOREL, 1999).

Além dessas questões, há também as dificuldades referentes à satisfação das necessidades básicas do ser humano, tais como a alimentação deficiente e inapropriada, a ausência de um local adequado para dormir e as dificuldades em realizar a higiene pessoal (ESMERALDO FILHO, 2006; ALCÂNTARA, 2004).

Considerando essas características, não é difícil imaginar as implicações para o processo saúde-doença dos moradores de rua. Diversos estudos apontam a precariedade da saúde dessas pessoas em decorrência da vida nas ruas marcadas pela estigmatização e discriminação, pelo uso de álcool e outras drogas, violência, alimentação deficiente, dormida inadequada etc. Tornam-se, portanto, vulneráveis a doenças, tais como transtornos mentais, hepatite, parasitoses, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, dentre outras, de forma que os moradores de rua passam por um processo de degradação do corpo (CAMPOS E MATTOS, 2004; BULLA, PRATES E MENDES, 2004; COSTA, 2005; MENDES E SILVEIRA, 2004; BRITO et al, 2007; SOUZA, SILVA E CARICARI, 2007, ESMERALDO FILHO, 2007).

Se considerarmos o conceito ampliado de saúde e os determinantes sociais do processo saúde-doença (MENDES, 1999), as implicações negativas ainda são mais facilmente percebidas, tendo em vista que a vida nas ruas compromete a possibilidade de melhoria da qualidade de vida para essa população.

O processo saúde-doença entre os moradores de rua é determinado também pela condição de vida nas ruas, que contribui para a degradação da saúde dessas pessoas. Estas chegam a uma situação-limite que em alguns casos levam à morte, em outros, acaba por forçar a saída das ruas em busca ou de um albergue ou do restabelecimento do vínculo familiar (ESMERALDO FILHO, 2007). Os moradores de rua que vivenciam situações de hospitalização ficam com poucas alternativas no período de convalescença, pois Fortaleza possui apenas um abrigo público, cujos leitos estão quase sempre ocupados. Desta forma, os hospitais mantêm contatos com entidades religiosas a fim de encaminhar pacientes moradores de rua quando estes recebem alta hospitalar.

Sobre o acesso aos serviços de saúde, estudos também relatam as dificuldades enfrentadas pelos moradores de rua (COSTA, 2005; ESMERALDO FILHO, 2007), provocadas, dentre outros fatores, pela ausência de uma residência fixa e de documentação. Em fórum sobre os moradores de rua da cidade de Fortaleza-CE, realizado em julho de 2008 pela Pastoral do Povo de Rua em parceria com a Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS), alguns moradores de rua que participaram do evento relataram experiências negativas quando da tentativa de serem atendidos em hospitais ou postos de saúde.

Conforme Adorno e Waranda (2004), as respostas das políticas públicas e das instituições à problemática dos moradores de rua têm sido historicamente marcadas pelo assistencialismo e, no caso da saúde, pela medicalização, em que se reduz um problema social complexo a um diagnóstico médico-clínico. Concordando com esse pensamento, Costa (2005) destaca que o tratamento dado ao morador de rua caracteriza-se às vezes por preconceito ou indiferença e outras vezes repressão, em que se busca higienizar os espaços públicos. Esse quadro somente pôde começar a mudar após a Constituição Federal de 1988, que institucionalizou os direitos sociais do cidadão brasileiro.

A década de 1990, entretanto, configurou-se pelo aprofundamento das políticas de corte neoliberal, que busca diminuir a participação do Estado na economia, reduzindo os gastos sociais. As políticas públicas aprofundaram, nessa época, o caráter focalista, não enfrentando de fato a questão social (COSTA, 2005). Tanto que somente em 1998, dez anos após entrar em vigor a constituição de 1988, foi elaborada a primeira Política Nacional de Assistência social; e apenas em 2003, foi criado o Sistema Único da Assistência Social (SUAS) (BRASIL, 2003). Em 2004, foi aprovada a nova Política Nacional de Assistência Social - PNAS (BRASIL, 2004).

O SUAS e a PNAS prevêm a obrigação do Estado de prover a proteção social aos cidadãos, classificada em Proteção Social Básica e Proteção Social Especial. A primeira tem como objetivo promover a inclusão social de grupos em situação de pobreza e de risco social, possuindo caráter preventivo. Já a segunda destina uma atenção especial a indivíduos e grupos que se encontram em alto grau de vulnerabilidade pessoal e social, tais como crianças, adolescentes, jovens, idosos, pessoas com deficiência, incluindo-se ainda os moradores de rua (BRASIL, 2004).

Outro princípio da Política Nacional de Assistência Social é a “universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas” (BRASIL, 2004, p.30). Assim, pretende tornar visíveis os “invisíveis”, que se encontram em extrema vulnerabilidade psicossocial.

Somente a partir de 2004, portanto, criou-se uma política nacional que previa a proteção social aos moradores de rua. Antes disso, as iniciativas dependiam da gestão municipal, e nem todas as grandes cidades brasileiras desenvolviam políticas públicas direcionadas a esse público. Em Fortaleza, por exemplo, não havia nenhuma política específica a essa população. Hoje, essa política está sendo implantada de acordo com as diretrizes do SUAS e da PNAS, com incentivos financeiros do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). No início de 2008 foi inaugurado, como

parte dessa política, o Centro de Atendimento da População de Rua (CAPR); e no final de novembro de 2009, a SEMAS inaugurou o Espaço de Acolhimento Noturno (EAN).

Além da assistência social, faz parte da Seguridade Social brasileira, instituída pela Constituição Federal de 1988, a previdência social e a saúde. Esses setores, juntamente com outros que executam as políticas sociais, tais como habitação, desenvolvimento econômico, emprego e renda, são responsáveis por dar respostas à problemática dos moradores de rua.

Com relação ao setor saúde, um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2000) é o princípio da universalidade, por meio do qual se estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, abrangendo ações preventivas, assistenciais e de promoção da saúde. Outro princípio do SUS, muito importante para o tema desta pesquisa, é o da equidade, que busca priorizar grupos de pessoas que possuem maior risco de adoecimento e de morte em virtude da injustiça social (CECÍLIO, 2001). O princípio da equidade, portanto, objetiva promover a justiça social.

Podemos, também, encontrar princípios favoráveis à população de rua na Política de Saúde Mental vigente no Brasil. É interessante destacar, como exemplo, dois serviços substitutivos ao internamento em hospitais psiquiátricos: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Os SRTs contemplam tanto as pessoas com transtornos mentais graves egressos de hospitais psiquiátricos e que não possuem vínculos sócio-familiares, como também moradores de rua portadores de transtornos mentais severos, desde que tenham sido inseridos em projetos dos CAPS. Estes destinam-se a atender pessoas com transtornos mentais graves, incluindo também aqueles que fazem uso abusivo de drogas ilícitas.

O Sistema Único de Saúde trouxe uma compreensão ampliada do conceito de saúde, considerando-se somente o fator biológico, mas os determinantes e condicionantes sócio-ambientais, tais como a moradia, saneamento básico, meio ambiente, lazer, trabalho, renda e o acesso a serviços e bens essenciais. Assim, o SUS considera ações de saúde aquelas que promovam o bem-estar físico, mental e psicossocial, atentando para a complexidade da realidade humana e dos aspectos que se referem à saúde.

Com base nessas breves afirmações, percebemos que existe, na política de saúde, bem como na política de assistência social, a previsão de cuidado e atenção específicos para moradores de rua.

A partir dessas reflexões, surgiram alguns questionamentos, tais como: Quais as necessidades de saúde dos moradores de rua? Como essas pessoas compreendem sua saúde? Como essas necessidades estão sendo tratadas pelas políticas sociais em Fortaleza? Existem

articulações entre os diversos setores das políticas públicas municipais? Quais os desafios das políticas públicas no atendimento das necessidades dos moradores de rua?

A partir desses questionamentos, definimos como objetivos dessa pesquisa:

- ✓ Compreender as necessidades de saúde dos moradores de rua do município de Fortaleza-CE e como eles significam a sua saúde;
- ✓ Apreender as políticas sociais do município relacionadas aos moradores de rua;
- ✓ Discutir como se dá a articulação entre os diferentes setores das políticas sociais do município no que diz respeito aos moradores de rua

Devemos lembrar que a política social específica para a população em situação de rua do município de Fortaleza-CE é bastante recente, de forma que não buscamos fazer uma avaliação, mas destacar alguns pontos básicos que têm caracterizado a proposta dessa política, bem como discutir as dificuldades e os desafios a serem enfrentados.

A estrutura da redação deste trabalho divide-se em cinco capítulos. O segundo e o terceiro capítulo tratam, respectivamente, do referencial teórico adotado e da metodologia utilizada. O quarto capítulo refere-se à análise e interpretação dos resultados, subdividindo-se em dois subitens : um primeiro, contemplando o primeiro objetivo, que se refere às discussões sobre as necessidades de saúde dos moradores de rua; e um segundo, abrangendo as discussões referentes ao segundo objetivo da pesquisa, ou seja, os desafios das políticas sociais do município de Fortaleza-CE. O último capítulo refere-se às considerações finais, com recomendações conseqüentes aos resultados.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 As políticas sociais: concepções e determinantes

Atualmente, uma das principais cobranças aos governos, realizadas por diversos atores sociais e políticos, diz respeito à necessidade de elaboração e implementação de políticas públicas que contribuam para o enfrentamento das desigualdades sociais e para processos de inclusão social.

Compreendendo as políticas públicas de saúde dentro da categoria das políticas sociais, consideramos fundamental analisar concepções acerca desse fenômeno bem como os determinantes histórico-sociais e políticos que possibilitaram o seu desenvolvimento. Tal análise é imprescindível para a compreensão crítica de suas possibilidades, limites e características dessas políticas.

Contudo, é necessário discutir o polissêmico conceito de Estado, para que se possa ter clareza do significado das políticas sociais no contexto da sociedade contemporânea, bem como o de cidadania. Fleury (1994) destaca que cidadania é compreendida como um conjunto de direitos dos indivíduos frente ao Estado, sendo resultado do desenvolvimento do Estado capitalista. Portanto, para que seja possível uma compreensão adequada da cidadania, faz-se necessário compreender o conceito de Estado. E todos esses conceitos, Estado, política social e cidadania devem ser compreendidos dentro da estrutura capitalista de produção.

Gruppi (1980) define Estado por meio de três elementos constitutivos: o poder político, o povo e o território. Estado, de acordo com essa concepção, seria o poder político exercido sobre um território e sobre uma população. No que se refere ao Estado Moderno, o que o diferencia das formas de Estado que o precederam, como por exemplo, os Estados antigos gregos e romanos e o Estado feudal, é a soberania e a distinção entre Estado e Sociedade Civil (Gruppi, 1980; Fleury, 1994).

A soberania diz respeito à autonomia conferida ao Estado, que impede que sua autoridade dependa de qualquer outra. Já a separação entre Estado e Sociedade Civil refere-se à separação entre o âmbito do poder político (e público) e o da esfera produtiva (e privada). O Estado, portanto, é compreendido como uma organização separada da sociedade civil, sem deixar de ser uma expressão desta. Pensando com Gramsci, Gruppi (1980) adverte que a

distinção entre Estado e Sociedade Civil é apenas de método, não havendo uma separação orgânica, pois sociedade civil e Estado não são, na verdade, separados.

A respeito das concepções de Estado e de Políticas Sociais, Fleury (1994) agrupa diferentes posições teóricas no que se refere à relação Estado e Sociedade, das quais gostaríamos de destacar duas: a idéia de Estado Instrumental – ou concepção instrumentalista de Estado – e a de Estado Ampliado.

A primeira concepção entende que o Estado não é neutro, mas representa os interesses de uma classe social, conforme discute Gruppi (1980, p.70), ao analisar a concepção de Marx e Lenin:

Quando Marx define e critica o Estado como “expressão do poder de uma classe em cima da sociedade”, ele desmascara a falsa neutralidade do Estado, a falsidade de sua independência de classes, e coloca a exigência de sua extinção, de sua negação (GRUPPI, 1980, p.70).

De acordo com essa concepção, portanto, o Estado seria ferramenta para a defesa dos interesses da classe dominante. Tal idéia nos impede de considerar a natureza contraditória do Estado capitalista e das políticas sociais, na medida em que não leva em conta as tensões sociais e a correlação de forças presentes no Estado capitalista (FLEURY, 1994).

Já a compreensão ampliada de Estado, analisada por Fleury (1994) a partir de Gramsci, baseia-se no conceito de correlação de forças, compreendendo-se o Estado na sua dimensão econômica, política e político-militar. O Estado, nesse caso, é constituído tanto pela sociedade política, formada pelos mecanismos de coerção e violência, como pela sociedade civil, que agrega as organizações privadas e públicas difusoras de ideologias. O exercício do poder político não se limitaria às funções de coerção, abrangendo também o consentimento ativo e voluntário da classe dominada, ou seja, a hegemonia (FLEURY, 1994; GRUPPI, 1980). Fazendo uso do conceito de hegemonia, Fleury (1994, p. 24), portanto, define Estado como sendo “o conjunto de atividades teóricas e práticas com as quais a classe dirigente justifica e mantém não somente a sua dominação, mas também consegue obter consenso ativo dos governados”.

Na mesma linha de compreensão, Faleiros (1983) discute sobre a natureza contraditória do Estado, afirmando que o Estado mediatiza as relações sociais, de acordo com as correlações de força da sociedade civil. O Estado, portanto, não defenderia somente os interesses da classe dominante, podendo integrar também alguns interesses das classes

dominadas. Ainda segundo o autor, o Estado atua através da hegemonia e dominação. Hegemonia significa que o Estado dirige o conjunto da sociedade, estabelecendo consenso e articulando diferentes interesses e conflitos de classe, a fim de permitir uma certa coesão social. Já através da dominação, o Estado usa da força repressiva, removendo conflitos e oposições. O Estado atua, portanto, na correlação de forças sociais.

Neste trabalho, nos basearemos na concepção ampliada de Estado. Ainda que considere as lutas de classes e a correlação de forças, essa concepção não deixa de discutir sobre o papel do Estado na valorização do capital e da acumulação capitalista. Essa afirmação é destacada por Ianni (1989), que afirma que a intervenção estatal, em todas as suas manifestações fundamentais, incide em primeiro plano na acumulação de capital, permanecendo em segundo plano outras esferas da realidade. O Estado, portanto, não realiza os interesses individuais dos capitalistas. Realiza, na verdade, a política de defesa dos interesses gerais do capital, obrigando-o a, contraditoriamente, intervir de forma a atender tanto às exigências do capital quanto às pressões dos trabalhadores e de outras categorias sociais (FALEIROS, 1983, p. 59)

Para Fleury (1994), o Estado pode ser compreendido tanto como expressão do domínio de uma classe, como também como o lugar de equilíbrio e mediação política e jurídica. A citação abaixo, que vai de encontro tanto à compreensão instrumentalista de Estado quanto à idéia de neutralidade, sintetiza a concepção ampliada de Estado:

O Estado não é um árbitro neutro, nem um juiz do bem-estar dos cidadãos. Nem é um instrumento, uma ferramenta nas mãos das classes dominantes, para realizar seus interesses. O Estado é uma relação social. Neste sentido, o Estado é um campo de batalha, onde as diferentes frações da burguesia e certos interesses do grupo no poder se defrontam e se conciliam com certos interesses das classes dominadas. (Faleiros, 1983, p.,46)

Tomando como base essa idéia de correlação de forças, não poderemos compreender as políticas sociais senão como expressão da natureza contraditória do Estado. Em estudo sobre as políticas sociais, Vasconcelos (2005) analisou várias concepções, destacando que não existe na literatura um consenso na definição de políticas sociais, aparecendo nas suas formulações um duplo sentido, ou seja, de um lado, o caráter de enfrentamento da pobreza e das desigualdades sociais, funcionando como espaço de luta e de reivindicação das classes trabalhadores; de outro lado, a política social aparece como um dispositivo disciplinar, que serve para manter a ordem social e a dominação. A autora arremata defendendo que não se deve se prender a um ou a outro extremo, devendo-se, do

contrário, “(...) percorrer a faixa do território em que esses extremos se digladiam, assim como, a zona em que as armas permanecem em repouso” (VASCONCELOS, 2005, p. 38).

Complementando esse entendimento, Behring e Boschetti (2006) consideram as políticas sociais como fenômenos complexos, contraditórios, plurideterminados e com diversas conexões internas. As autoras defendem a idéia de que para analisar criticamente as políticas sociais deve-se abordar suas várias facetas e dimensões – histórica, econômica, política e cultural -, as articulações entre elas, sendo de fundamental importância considerar a natureza do capitalismo e suas estratégias de acumulação, o papel do Estado no que diz respeito à regulamentação e implementação das políticas sociais e, por fim, o papel das classes sociais, a fim de se investigar as forças sociais de apoio e de resistência.

Foge ao nosso propósito aprofundar cada uma dessas dimensões, mas consideramos importante discutir de forma breve o conceito de políticas sociais e de Estado bem como o seu contexto histórico-social no mundo e no Brasil em particular. A definição de política social abaixo transcrita parece-nos interessante, na medida em que inclui as conexões com a estrutura político-econômica:

As políticas sociais são frutos das articulações entre pressões e movimentos da classe trabalhadora com as formas de reprodução exigidas pela valorização do capital e pela manutenção da ordem social e destinam-se a amenizar/compensar as desigualdades econômicas resultantes dessa ordem social; portanto, só podem ser entendidas no contexto da estrutura capitalista e no movimento histórico das transformações dessa mesma estrutura (OLIVEIRA apud VASCONCELOS, 2005, p. 39)

Dentro do sistema de produção e acumulação capitalista, as políticas sociais vêm servindo para trazer um alívio da tensão entre o capital e o trabalhador devido a uma melhoria das condições de vida (BEHRING e BOSCHETTI, 2006). Na visão do capital, as políticas sociais servem para gerar demanda efetiva para o consumo e expandir as taxas de lucro. Ainda segundo essas autoras as políticas sociais não garantem necessariamente a efetivação dos direitos sociais.

Não podemos deixar de destacar, portanto, a contradição característica das políticas sociais, que tem sido estudada por diversos autores, tais como Fleury (1994) e Faleiros (1983), para quem as políticas sociais expressam a natureza contraditória do capitalismo, atuando, de um lado, com o objetivo de aliviar os efeitos negativos da estrutura capitalista sobre os fatores de produção, e, de outro lado, fortalecendo a contradição entre a socialização das forças produtivas e apropriação privada dos meios de produção.

As políticas públicas de saúde, bem como a política social no geral, devem ser encaradas e gestadas como esforço do Estado e da sociedade para superar as desigualdades

sociais (VASCONCELOS, 2005). Para Amélia Cohn (1997), a política deve enfrentar não a pobreza, mas sim as desigualdades sociais. Não podemos pensar, portanto, numa política pública de saúde que não seja capaz de combater as desigualdades e injustiças sociais e de contribuir para a transformação das condições sociais da grande maioria da população do país.

Esse papel de enfrentar as desigualdades, entretanto, envolve uma complexidade não discutida por Cohn (1997). Baseando-nos nas análises de Fleury (1994) e reiterando sua natureza contraditória, destacamos que a política social pode também aprofundar as desigualdades sociais. A autora destaca que a política social expressa a contradição entre capital e trabalho, envolvendo pelo menos três atores principais: a burguesia industrial, a burocracia estatal e os trabalhadores urbanos. A política social é, portanto, ao mesmo tempo, determinada pela relação capital e trabalho e determinante dessa relação.

Para explicar essa contradição inerente às políticas sociais, Fleury (1994) utiliza o conceito de cidadania, que é definida como relação entre os indivíduos e o seu Estado, a qual se constitui a partir de três elementos básicos: a igualdade a nível formal dos indivíduos, sua participação política e os seus direitos positivos frente ao Estado. É também compreendida como um instrumento de mediação, que permite o consenso e a obediência ao Estado, na medida em que oculta as relações de exploração configurando-se como reprodução da dominação social. A igualdade abstrata, jurídico-formal, acaba por dificultar a problematização das desigualdades sociais no nível concreto. A autora não nega o avanço da emergência da cidadania em relação às condições anteriores de servidão e escravidão. No entanto, não se pode discutir a cidadania sem considerar a contradição entre a socialização da força de trabalho e a apropriação privada dos meios de produção. Também não há como pensar em cidadania sem levar em conta as lutas de classes e a articulação com a produção econômica.

Essa mesma autora analisa também a política social como estratégia de hegemonia, argumentando que a compreensão das políticas sociais como estratégia de hegemonia pressupõe o processo de expansão de uma classe, que seria a responsável por articular interesses materiais e ideológicos supraclassistas. Os interesses das classes dominadas, segundo Fleury (1994), são atendidos em função da pressão dos setores subalternos, seja de forma organizada, quando as necessidades sociais são transformadas em demandas políticas, seja de forma não organizada, quando há revolta popular de forma a ameaçar a ordem social. As políticas sociais como parte de uma estratégia de hegemonia, na medida em que possibilita a direção e domínio de classe, por meio da criação de um consenso, impedem a organização de um projeto alternativo, servindo para manter a ordem social. As

políticas sociais, dessa forma, na medida em que incorporam interesses materiais das classes subalternas, suavizam as tensões sociais.

A contradição inerente às políticas sociais nos leva a pensá-las tanto como uma estratégia para atenuar as desigualdades sociais e promover inclusão social, como também para manter a ordem socioeconômica e a estrutura de produção e acumulação capitalista.

Uma outra contradição diz respeito aos limites estruturais da política social. Segundo Fleury (1994), a política social encontra no processo e na dinâmica de acumulação capitalista, tanto a sua condição de possibilidade como também o seu limite. A autora destaca os limites estruturais caracterizados pela dependência da política social em relação ao sistema tributário financiador, pela prioridade do assalariamento na sua definição e pela desmercantilização da força de trabalho através do salário social, cujo fim e o limite são a preservação da economia de mercado.

Considerando o seu papel em implementar as políticas sociais de combate a pobreza e injustiças sociais, é ao Estado que se dirigem as reivindicações sociais:

Desde que o Estado tem sido responsabilizado pelo fornecimento e manutenção dos meios de consumo coletivos, via políticas sociais, as necessidades de reprodução da força de trabalho, na etapa atual do capitalismo, implicariam necessariamente em soluções e organizações coletivas com reivindicações dirigidas ao Estado (FLEURY, 1994, p. 55)

Aqui, podemos perceber mais uma contradição: as reivindicações voltam-se para o Estado, mas encontram limites nesse Estado, tendo em vista que as políticas sociais são limitadas pelo processo de acumulação capitalista. As reivindicações ao Estado, então, esbarrariam nesses limites, dificultando a possibilidade de transformação social e da construção de um modelo alternativo de sociedade.

As políticas sociais, portanto, incluindo-se as políticas públicas de saúde, não são fenômenos isolados, são, na verdade, histórica, econômica e socialmente determinados. A necessidade de um sistema de proteção social com o papel de regular as condições de trabalho, surgiu num contexto histórico definido, especificamente no que se refere à industrialização e ruptura das relações tradicionais características do feudalismo (FLEURY, 1994). A política social objetiva efetivar esse sistema de proteção social.

Com relação ao contexto em que surgiram as políticas de saúde e as políticas sociais de uma forma geral, Foucault (1979) aponta o surgimento do que ele chama de medicina social no século XIX associada à organização de uma política de saúde, diante do fato de que as doenças passaram a ser consideradas como um problema político e econômico, a ser enfrentado de forma coletiva. O estado de saúde da população, no século XVIII, passa a

ser objeto de intervenção do poder político. Na verdade, essa transformação surge exatamente a partir do significativo crescimento demográfico na Europa, no século XVIII, que demandou ações de integração ao sistema de produção e de criação de mecanismo de poder a fim de controlar essa população.

Surge, então, um poder que se exerce não somente de forma individualizada, mas que atua também de maneira totalizante, sobre a população como um todo. Foucault fala de dois mecanismos de poder (FOUCAULT, 1979): a anátomo-política do corpo e a bio-política da população. A primeira refere-se à disciplina, ao controle e disciplinamento dos indivíduos, mediante o adestramento de seus corpos, a extração máxima de suas forças, ampliação de suas aptidões, utilidade e docilidade. Já a segunda centra-se no corpo-espécie, nas coletividades, e as intervenções atingem a população como um todo, a partir de conhecimentos estatísticos sobre esta população, tais como nascimentos, mortalidade, proliferação e longevidade.

E é a partir desse contexto que surge a política de saúde na Europa do século XVIII, que privilegiou duas instâncias principais: a família e a cidade. A família aparece “como instância primeira e imediata de medicalização dos indivíduos” (FOUCAULT, 1979, p.200). É o que este filósofo denomina de “família medicalizante e medicalizada”, cabendo a ela garantir a boa saúde do corpo social.

Já a cidade surge também como *locus* privilegiado de medicalização. Com o crescimento demográfico das cidades, o espaço urbano passa a ser compreendido como um dos mais perigosos para a população:

A localização dos diferentes bairros, sua umidade, sua exposição, o arejamento total da cidade, seu sistema de esgotos e de evacuação de águas utilizadas, a localização dos cemitérios e dos matadouros, a densidade da população constituem fatores que desempenham um papel decisivo na mortalidade e morbidade dos habitantes (FOUCAULT, 1979, P. 201)

Era urgente, portanto, adotar um regime higienista, organizando e esquadrinhando o espaço urbano. Essa é a característica da medicina urbana que surgiu na França do século XVIII. Com o crescimento e amontoamento da população em Paris, surgiu a necessidade de organizar o espaço urbano. A população é, então, dividida, os indivíduos são isolados, inspecionados e vigiados. Todo o espaço urbano é inspecionado e analisado, a fim de evitar a difusão de epidemias. As circulações do ar, da água, dos esgotos e dos indivíduos são rigorosamente controladas.

Ainda segundo estudo de Foucault (1979), no século XIX, na Inglaterra, o alvo da medicina passa a ser, não somente cidade, mas os pobres e os trabalhadores. É a medicina da força de trabalho, que busca controlar a saúde e o corpo dos mais pobres de forma a extrair o

máximo de suas forças, tornando-os aptos ao trabalho e menos perigosos às classes dominantes. Essa política aliou “assistência médica ao pobre, controle da saúde da força de trabalho e esquadramento geral da saúde pública” (FOUCAULT, 1979, p.97).

Com relação ao posicionamento do Estado no que diz respeito à execução de políticas sociais, Behring e Boschetti (2006) argumentam que as sociedades pré-capitalistas tinham algumas responsabilidades sociais, com a finalidade de manutenção da ordem social e punição da vagabundagem e mendicância. Não passavam de ações pontuais e assistenciais. As legislações sociais na idade média, na Inglaterra, tinham um caráter eminentemente repressivo. As ações assistenciais tinham critérios restritos, e a finalidade era manter os pobres trabalhando. Ao analisar a emergência e desenvolvimento do capitalismo liberal na Inglaterra, Fleury (1994) destaca a postura não-intervencionista do Estado. A pobreza, de acordo com a ideologia liberal, era justificada como sendo falhas de caráter pessoal. Ainda assim, o Estado era chamado a lidar com essas questões, com a finalidade de manter a ordem social e econômica ameaçada. Inicialmente, as medidas estatais buscavam incentivar o trabalho por meio da punição e reformar o caráter pessoal.

Ainda no século XIX, na Europa, como expressão das contradições inerentes ao sistema capitalista e da expansão do chamado exército industrial de reserva, tornam-se visíveis as desigualdades sociais e o crescimento da pauperização, intensificando-se as lutas de classes e configurando-se a chamada questão social. Este século, entretanto, caracterizou-se por um Estado capitalista profundamente marcado pelas idéias do liberalismo, de forma que as políticas sociais foram, de forma geral, de cunho repressivo, atendendo algumas reivindicações dos trabalhadores e melhorando um pouco suas condições de vida, sem, no entanto, instituir uma nova ordem social (BEHRING e BOSCHETTI, 2006).

Segundo diversos autores, as políticas sociais surgiram a partir da luta e organização dos trabalhadores e de sua atuação reivindicatória, situando o final do século XIX como o período em que o Estado passou a implementar ações sociais de forma mais planejada, sistemática e obrigatória (FLEURY, 1994; BEHRING e BOSCHETTI, 2006).

No século XX, especialmente após a chamada grande depressão de 1929/1932, e a segunda guerra mundial, houve uma expansão das políticas sociais, caracterizando-se, em alguns países da Europa, o “Welfare State”, ou Estado de Bem Estar Social, ou ainda Estado Social, marcado pela ampliação e universalização dos direitos sociais, que passam a ser concebidos como um recurso fundamental para o exercício da cidadania (BEHRING e BOSCHETTI, 2006).

No Brasil, a expansão das políticas sociais ocorreu nos períodos dos governos autoritários. No período do Estado Novo, a relação entre o poder e o público se dava por meio da cidadania regulada, definida como a restrição da cidadania apenas a certas categorias ocupacionais (SANTOS, 1987). O conceito de cidadania regulada consiste na compreensão da cidadania com fundamentos não em valores e direitos políticos e sociais, mas na estratificação ocupacional. Ou seja, são cidadãos e sujeitos de direitos somente os indivíduos que possuíam uma profissão legalmente definida e reconhecida (SANTOS, 1987).

Já no governo militar pós-1964, destaca-se um recesso da cidadania política. A política social brasileira desenvolve-se num contexto de cidadania em recesso, buscando, segundo Santos (1987), amenizar as desigualdades sociais em suas conseqüências, sem, no entanto, interferir no seu processo geração e determinação.

A fundação das políticas sociais, como foi visto, tem como base a relação entre capital e trabalho (FLEURY, 1994; VASCONCELOS, 2005). É o que ocorre também no Brasil. As conquistas e ampliação de direitos sociais no Brasil, incluindo saúde, previdência e outros, também foram resultados de lutas e da organização dos trabalhadores, embora com algumas peculiaridades (POLIGNANO, 2005; BEHRING e BOSCHETTI, 2006; VASCONCELOS, 2005).

No Brasil colonial e imperial, não havia um atendimento das demandas da população de maneira coletiva. Isto é, as respostas do Estado eram limitadas e individualizadas, restringindo-se à relação entre o reclamante e a figura que exercia o poder político (VASCONCELOS, 2005, p. 48). A autora refere-se a esse tipo de relação como sendo fortemente clientelista:

Essa forma de prestar atendimento moldou aquilo que se denomina clientelismo, uma das mais fortes expressões de controle, de tutela e de impedimento da construção de cidadania que, ainda hoje, marca presença na cena pública brasileira.

No mais, a atenção à saúde no período colonial limitava-se basicamente à utilização de plantas e ervas e ao apoio de curandeiros (POLIGNANO, 2005). Somente a partir do século XIX, com a vinda da coroa portuguesa para o Brasil, houve a preocupação com questões sanitárias, caracterizada basicamente pelo controle de navio e saúde dos portos.

Conforme Andrade et al (2006), até meados do século XIX, os problemas de saúde e de higiene eram de responsabilidade das localidades, que realizavam ações de limpeza das ruas e quintais. Já a assistência à saúde da população era responsabilidade de médicos residentes, cirurgiões barbeiros, curandeiros, empíricos, boticários e parteiras. Os pobres e os

chamados indigentes dependiam da filantropia e de instituições beneficentes, geralmente ligadas à Igreja.

Já na primeira metade do século XX, a política de saúde pública brasileira caracterizou-se pela hegemonia do modelo sanitaria-campanhista. Este modelo tinha orientação militar e caráter repressivo, com o objetivo sanear os espaços de circulação dos produtos exportáveis, especialmente o café, principal mercadoria da economia agroexportadora que marcou as primeiras décadas do século XX, com o objetivo de evitar prejuízos à exportação (MENDES, 1992 e 1999; POLIGNANO, 2005; ANDRADE ET AL, 2006). O modelo de intervenção era autoritário e repressivo, provocando uma revolta popular na década 1900, contra a obrigatoriedade da vacina.

Um marco histórico nessa época foi a promulgação da Lei Elói Chaves, em 1923, que instituiu a previdência social no Brasil, criando as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), e, mais tarde, os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), que além da previdência, assumiram o papel da assistência médica aos trabalhadores. Regidos sob a lógica do seguro, os IAPs, conforme Mendes (1999), Polignano (2005) e Behring e Boschetti (2006) visavam mais a uma acumulação de reservas financeiras, deixando em segundo plano a assistência médica e a prestação de serviços. Por outro lado, o controle dos IAPs, isto é, o poder de decisão estava nas mãos do Estado, em virtude da sua vinculação ao Ministério do Trabalho. Ao trabalhador restava limitar-se à sua capacidade de barganha (FLEURY, 1994).

Além disso, a atuação do Estado nesse período mantém as “condições de vida da população estruturalmente intocadas, mas concede aposentadoria, pensões, atenção médica” (LUZ, 1979). Ou seja, a política de saúde e de previdência nesse período, além de atingir somente parcela da população (cidadania regulada), nem sequer ensaiava problematizar as condições de vida e de trabalho da população. Possui cunho meramente compensatório.

A partir da segunda metade do século XX, verifica-se a emergência do Estado desenvolvimentista, associado a um acelerado processo de industrialização, especialmente no governo Juscelino. Transita-se, então, de um modelo sanitaria-campanhista ao modelo médico assistencial privatista:

(...) o sanitarismo campanhista, por não responder às necessidades de uma economia industrializada, deveria ser substituído por outro, adrede concebido e que se vai construindo, concomitantemente, com o crescimento e a mudança qualitativa da previdência social brasileira (MENDES, 1992, p. 22)

Ainda de acordo com Mendes (1992), este novo modelo de atenção à saúde caracterizava-se pela extensão da cobertura previdenciária, privilégio da assistência médica

individual, curativa e especializada, constituição de um complexo médico industrial (com recursos do Estado), bem como pelo aspecto lucrativo e privativo da assistência. O Estado é, portanto, o financiador deste modelo, através da previdência social, enquanto o setor privado é o principal prestador de serviços, cabendo ao mercado internacional prover insumos, medicamentos e equipamentos (ANDRADE ET AL, 2006).

Expressando o fortalecimento do modelo assistencial-privatista, de 1969 até 1984, os leitos privados no Brasil chegaram a aumentar em cerca de 465%, por meio dos recursos e da política de previdência social, caracterizando um modelo de saúde fortemente centrado no hospital e na iniciativa privada (MENDES, 1992). Nesse período, o crescimento do mercado privado ficou marcado também pelo desenvolvimento do modelo assistencial chamado medicina de grupo.

Sobre os anos da ditadura militar, no que diz respeito à política social, Behring e Boschetti (2006, p. 137) afirmam que:

(...) no mesmo passo em que se impulsionavam políticas públicas mesmo restritas quanto ao acesso, como estratégia de busca de legitimidade, a ditadura militar abria espaços para a saúde, a previdência e a educação privadas, configurando em um sistema dual de acesso às políticas sociais: para quem pode e para quem não pode pagar

A partir de meados da década de 1970, marcada por uma crise econômica mundial e pela alta dos preços do petróleo, quando chegava ao fim, no Brasil, o chamado “milagre econômico” e se iniciava o processo gradual de abertura política, vários atores políticos começaram a questionar a política social do governo militar (MENDES, 1992). Fincam-se as raízes do movimento de reforma sanitária brasileira, que tem como pilares os movimentos populares, o movimento médico e o movimento dos intelectuais da área de saúde, formado especialmente pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) (WENDHAUSEN, 2002).

Na década de 1980, consolida-se o movimento contra-hegemônico da reforma sanitária, que congrega outros profissionais de saúde, questionando o modelo médico assistencial privatista. Mendes (2002, p. 31) afirma que o que caracteriza a política de saúde nos anos 1980, a chamada “década perdida, é o seu “desenvolvimento numa profunda crise econômica e sua coincidência com o processo de democratização do país”.

O cenário mundial da década de 1980 é marcado por uma forte crise do capitalismo, oriundo da crise de superprodução e superacumulação de meados dos anos 1970, caracterizado pelo desemprego estrutural, alta de preços das matérias primas, queda do

volume do comércio mundial e aumento do poder de barganha dos trabalhadores. O Estado entra em crise, na medida em que diminuem as reservas fiscais ao mesmo tempo em que aumentam as demandas por políticas sociais. Entram em cena, nos EUA e na Europa Ocidental, as políticas neoliberais conservadoras, enfraquecendo ao máximo a participação do Estado na economia e desestruturando direitos sociais conquistados anteriormente (BEHRING e BOSCHETTI, 2006). O contexto político-econômico do Brasil é marcado pela transição democrática, um crescente endividamento, aumento exponencial da inflação e da taxa de juros, baixíssimo crescimento econômico e desequilíbrio dos gastos públicos.

No campo da saúde, após algumas iniciativas tais como a instituição do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), cujo objetivo era propor normas adequadas para a saúde previdenciária, e das Ações Integradas de Saúde (AIS), mais tarde substituídas pelo SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), realiza-se um dos eventos políticos mais importantes da década de 1980: a VIII Conferência Nacional de Saúde (MENDES, 1992).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, marco histórico do movimento de reforma sanitária brasileira, que contou com ampla participação popular, discutiu sobre a relação entre saúde e as condições sociais da população, defendendo a descentralização do sistema de saúde, a universalidade do acesso aos serviços, a integralidade e a equidade nas ações, a consolidação do financiamento da saúde bem como a participação da comunidade na gestão do sistema de saúde e no controle público democrático (MINAYO, 2006). A conferência consolida as bases para a reforma sanitária brasileira, pensadas desde o início da década de 1970, e para a posterior criação constitucional e legal do Sistema Único de Saúde.

A Constituição Federal de 1988, por fim, define a saúde como sendo um direito universal de cidadania e dever do Estado. Mendes (1992) sintetiza a questão da saúde na constituição, através de alguns importantes aspectos: a saúde entendida através da articulação de políticas sociais e econômicas, a saúde como direito social universal, os serviços e ações de saúde entendidos como de relevância pública, a saúde fazendo parte do tripé da seguridade social e, por fim, a criação de um sistema único de saúde, que tem como diretrizes a descentralização, a hierarquização e regionalização e a participação da comunidade, e como princípios, a universalidade, a integralidade e a equidade.

Em 1990, a lei 8080 regulamenta o Sistema Único de Saúde reforçando, além das diretrizes e princípios já incluídos no texto da Constituição Federal, o conceito ampliado de saúde, incluindo seus diversos determinantes sociais, tais como meio ambiente, lazer,

emprego e renda, educação, moradia, alimentação, transportes, acesso a bens e serviços, dentre outros.

Entretanto, a implantação do SUS vem enfrentando, desde o final do início da década 1990 até o momento atual, uma série de entraves, caracterizados prioritariamente pela política de ajuste neoliberal. Segundo Mendes (1992), apesar das conquistas da reforma sanitária no campo institucional e jurídico, na prática, a proposta neoliberal saiu vitoriosa. Esta caracteriza-se pelo esforço para o desmantelamento do Estado (ideologia do “Estado Mínimo”), privatização, reforma da previdência social, políticas de estabilização da economia marcadas por regulação cambial, aumento da taxa de juros e crescente endividamento (BEHRING e BOSCHETTI, 2006).

No campo social, o neoliberalismo incluiu a privatização de serviços sociais, a descentralização e a focalização (MENDES, 1992). O argumento dos neoliberais reside principalmente na crise fiscal do Estado e na sua incapacidade de gerir adequadamente os serviços públicos e de atender às demandas sociais. O esforço constante pela manutenção do *superávit primário*, atendendo a especificações de organismos internacionais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, leva ao desvio de recursos que deveriam ser destinados à seguridade social. Nesse contexto, as políticas sociais restringem-se a ações pontuais e compensatórias, atingindo somente os comprovada e extremamente pobres (BEHRING e BOSCHETTI, 2006).

Acreditamos que uma outra dificuldade para a efetiva implantação dos princípios do SUS refere-se à herança autoritária do Estado e da sociedade brasileira, dificultando a participação comunitária e a efetivação da gestão democrática regulamentada pela Lei 8142, através da instituição dos conselhos e das conferências de saúde. De acordo com Cohn (1997), no Brasil, não somente o Estado é tradicionalmente autoritário e anti-democrático, mas também a sociedade de uma forma geral, sendo necessários esforços para a democratização de ambos.

A dificuldade de se implementar o SUS, portanto, reside, por um lado, na cultura autoritária, anti-democrática e clientelista, ainda muito presente no Estado e na sociedade brasileira e, por outro lado, nas políticas neoliberais que entrou em cena na América Latina e no Brasil desde a década de 1990, que trouxeram como consequência, dentre muitas outras, a redução dos gastos com políticas sociais, a reforma (ou desmantelamento) do Estado e o enfraquecimento do financiamento para o setor saúde e para a seguridade social de uma forma geral. Soma-se a esses dois fatores a resistência dos interesses privados, assistencialistas,

curativistas, medicamentosos e hospitalocêntricos, contrários à efetivação de um sistema público de saúde de qualidade.

A década atual vem se caracterizando pelo esforço na ampliação de programas como a Estratégia de Saúde da Família, incluindo-se a implantação de novas equipes de saúde bucal; pela elaboração, por parte do Ministério da Saúde, de diversas políticas, tais como a Política Nacional de Humanização e a de promoção da saúde; pela instituição, em 2008, dos Núcleos de Apoio às Equipes de Saúde da Família (NASF), que já estão sendo, desde o primeiro semestre do ano, implementados em alguns municípios brasileiros.

Apesar desses esforços, podemos apontar tentativas de redução do papel do Estado nas políticas de saúde pelo atual governo. Correia (2007) destaca o acatamento pelo Ministério da Saúde de recomendações do Banco Mundial no que se refere à criação de mecanismos racionalizadores das políticas públicas, incluindo ações como contratos de gestão, em que a gestão do SUS e de outras políticas é repassada a modalidades de gestão não estatais. Um exemplo desse esforço é o Projeto de Lei Complementar 92/2007, que já foi aprovado nas comissões e atualmente encontra-se em discussão no plenário da Câmara dos Deputados. A lei prevê a criação de Fundações Estatais de direito público ou privado para executar ações estatais em áreas como saúde, assistência social, cultura, esporte, ciência, tecnologia, meio-ambiente, previdência complementar do servidor público, comunicação social e promoção do turismo nacional (BRASIL, 2007)

No campo da saúde mental, dentro do contexto da reforma da saúde mental, os municípios brasileiros, com incentivo do Ministério da Saúde, vêm implementando diversos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, tais como os Centros de Atenção Psicossocial, hospitais-dia, leitos psiquiátricos em hospitais gerais e os Serviços Residenciais Terapêuticos.

Acreditamos que ainda são grandes os desafios e obstáculos à efetivação do *SUS que queremos*. Os interesses contrários ainda são muito fortes, as políticas no geral são excessivamente fragmentadas e setorializadas, e o modelo biomédico curativista e individualista está presente tanto nos serviços de saúde quanto nas universidades. Polignano (2005) relata que não houve no Brasil uma clara definição em relação à política de saúde, de forma que a saúde pública, historicamente, durante quase todo o século XX, confundiu-se com a previdência social. Complementando esse pensamento, laçamos mão de Behring e Boschetti (2006), que afirmam que a política social brasileira foi fundamentalmente caracterizada pela fragmentação, setorialização e caráter compensatório e seletivo.

2.2 Contextualizando a realidade dos moradores de rua

Uma dimensão da análise acerca do fenômeno “morador de rua” passa pela questão da industrialização e da rápida urbanização pela qual passou o Brasil. Pensando a partir de Darcy Ribeiro (1995), juntamente com esse rápido e caótico processo de urbanização, constatamos cada vez mais uma crescente desorganização social e urbana, traduzida através da miséria totalmente exposta e visível. Um desemprego cada vez maior soma-se a uma desesperança coletiva. Miseráveis criam estratégias de sobrevivência e muitos encontram saída na informalidade.

Dentro dessa concepção, portanto, percebemos que Fortaleza, assim como outras grandes cidades brasileiras, atualmente, caracteriza-se em geral pela proliferação de favelas, desemprego, subemprego, poluição do ar, das águas, do som, violência urbana, enchentes, segregação social, irregularidades na ocupação do solo urbano, ineficiência e/ou insuficiência no atendimento de saúde e educação, falta de habitação adequada, pessoas vivendo às margens de rios e canais, ou a completa falta de moradia (crianças, adolescentes, adultos, idosos, e até famílias inteiras vivendo nas ruas).

Esses grandes problemas urbanos dos quais as cidades são palcos, visíveis aos olhos mais ou menos atentos, desenvolveram-se no contexto de uma passagem de um país agrícola para um país industrializado, mas permanecendo subdesenvolvido, dependente e autoritário, aprofundando-se assim as desigualdades (SILVA, 2004). E todo esse processo de urbanização do Brasil ocorreu através de rápidas transformações e de mudanças bruscas no espaço das grandes cidades, para onde as migrações foram sempre acentuadas. E é nas cidades onde a miséria e a desorganização social são bem mais presentes.

Vivendo nesse contexto urbano, encontramos os moradores de rua, aqueles que por estes ou aqueles motivos, perderam sua moradia, se algum dia realmente tiveram, romperam o vínculo familiar e comunitário, e foram fazer da rua seu lar, sua morada, seu espaço de sobre(vivência).

A população em situação de rua sofre, também, além daqueles resultados da desorganização urbana, um processo de exclusão social que, na visão ao extremo, mas muito coerente, de Escorel (1995, p. 6), significa não apenas segregação e marginalização, mas também a completa desconsideração da existência humana, criando-se e mantendo-se condições que tornam “permanente o ato de morrer”. E é assim que compreendemos o morador de rua: aquele que em muitos casos é desconsiderado enquanto ser humano.

Uma das características dessa população que deve ser considerada tanto em estudos científicos como também na elaboração de políticas públicas é a heterogeneidade, tanto no que tange a diferenças regionais como também dentro de uma mesma cidade (CAMPOS E MATTOS, 2004; ESMERALDO FILHO, 2006; ESCOREL, 2003. GIORGETTI, 2006). São, portanto, vários perfis de moradores de rua, ou seja, várias *populações* de rua, devendo-se considerar o contexto cultural, social, econômico, histórico, comunitário e pessoal.

Como já foi destacado na introdução, a heterogeneidade dos moradores de rua não impede a observação de alguns aspectos comuns, tais como a maior proporção de moradores do sexo masculino, o desapego material e a fragilidade dos vínculos sócio-familiares, ou até mesmo a completa ruptura familiar. Somam-se a essas características tantas outras, tais como: o uso abusivo de álcool e drogas, o desemprego, a miséria, a ausência de vínculos sociais e comunitários significativos e a dificuldade de acesso a políticas sociais. (ADORNO e WARANDA, 2004; ESMERALDO FILHO, 2006; ESCOREL, 2003; CAMPOS E MATTOS, 2004).

Considerando a heterogeneidade já referida, não podemos pensar nessas características como sendo taxativas ou universais. Com relação a drogas lícitas e ilícitas, por exemplo, a grande maioria dos moradores de rua faz uso abusivo dessas substâncias ou são dependentes, mas é possível encontrar alguns que não fazem uso. Já no que diz respeito ao desemprego, muitos deles trabalham, principalmente na informalidade.

Alguns desses fatores muitas vezes já estão presentes antes mesmo do processo de ida para as ruas, funcionando como fatores que determinam a ida para as ruas (ADORNO e WARANDA, 2004). Seguindo essa mesma linha de pensamento, Campos e Mattos (2004) afirmam que em muitos casos o uso de álcool ou outras drogas estão entre os principais aspectos que provocam a rualização.

Assim, considerando-se a realidade brasileira, a urbanização caótica, o crescimento das cidades, a falta de infra-estrutura, o aumento das contradições sociais e das desigualdades de uma forma geral, especialmente a partir da década de 1970, com a crise fiscal do Estado desenvolvimentista, e as constantes secas no sertão nordestino estão entre os fatores que determinam a situação de moradia de rua na atualidade. O crescimento desordenado dos grandes centros urbanos trouxe vários conflitos, presentes em diversas grandes cidades do Brasil, incluindo Fortaleza, tais como a violência urbana e todas as outras formas de violência, o uso abusivo de álcool e outras drogas, o desemprego, o aumento crescente de pessoas morando em áreas de risco, bem como a desagregação social,

comunitária, familiar e individual. Dentro desse contexto estão os moradores de rua de Fortaleza.

E as políticas públicas para moradores de rua, de que tratam? Avaliando o contexto histórico, a atenção que tem sido dada aos pobres no Brasil desde sua colonização caracteriza-se pela repressão, assistencialismo e clientelismo. A pobreza, os mendigos, pedintes e moradores de rua incomodam por motivos estéticos, ou são considerados perigosos, com isto justificando um tratamento coercitivo, muitas vezes dentro de uma concepção higienista. É o que se pode pensar a partir de estudo realizado por Jucá (2000), sobre o perfil urbano de Fortaleza nas décadas de 1940, 1950 e 1960, argumentando que os chamados mendigos eram tratados mais como caso de polícia do que como uma questão social. Havia uma associação entre medidas assistenciais e medidas de caráter policial, mas somente os portadores de deficiência ou as pessoas que tinham algum problema de saúde ou algum impedimento físico eram dignos de assistência, sendo os demais considerados falsos mendigos.

Durante toda a história do Brasil, apesar da expansão das políticas sociais especialmente nos governos ditatoriais, foi somente a partir do governo Lula que se formulou uma política nacional que abordasse especificamente a problemática dos moradores de rua. O Sistema Único da Assistência Social (SUAS) (BRASIL, 2003) e a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) (BRASIL, 2004), editada em 2004, colocam a assistência ao morador de rua dentro da Proteção Social Especial, que atende especificamente populações em alto grau de vulnerabilidade, que incluem, além dos moradores de rua, crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiência.

Em Fortaleza, a Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS), vem implantando a política de assistência social conforme as diretrizes do SUAS, destacando-se o funcionamento dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), responsáveis pela proteção social básica, os Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS), que desenvolvem a Proteção Social Especial, e o Centro de Atendimento da População de Rua (CAPR), que foi criado em março de 2008 e atende especificamente à população de rua.

Em novembro de 2009, foi criado o Espaço de Acolhimento Noturno, o segundo serviço de atendimento à população de rua instituído, no município de Fortaleza, pela prefeitura municipal. O espaço destina-se a cerca de 40 moradores que poderão dormir no local. A ideia da política municipal é acolher apenas os moradores de rua que possuem um projeto de vida, incluindo-se nesse projeto o desejo de “sair das ruas”.

Amélia Cohn (1997) entende que as políticas públicas somente atenderão verdadeiramente as demandas sociais, pautadas no desenvolvimento sustentado, no crescimento da democracia e na busca pela justiça social, se houver uma superação da fragmentação dessas políticas. Deve-se buscar uma formulação mais geral, na medida em que a forte fragmentação das políticas sociais acaba gerando apenas ações aleatórias, sem impacto significativo no atendimento das demandas sociais. A autora defende ainda que a intersectorialidade nas políticas de saúde não se resume exclusivamente à articulação das políticas de saúde com outras políticas de corte social (como educação, habitação, assistência social), mas deve também considerar como de importância central a articulação com a política econômica.

No mesmo caminho, Andrade et al (2006) defendem que a atenção primária à saúde não é responsabilidade somente do setor saúde, pois este não pode “por si só resolver as múltiplas causas dos problemas sanitários que afetam a coletividade, as famílias e os indivíduos” (p. 788). Na visão desses autores, portanto, um sistema de saúde centrado na atenção primária, como pretende o SUS, tem a intersectorialidade como um dos princípios básicos.

Seguindo ainda essa mesma concepção, Rouquayrol (2006) argumenta a favor da imprescindibilidade do enfoque intersectorial a fim de garantir a sustentabilidade das ações e dos serviços de saúde, de forma a incrementar políticas voltadas para a promoção da saúde, conforme preconiza o SUS. A melhoria das condições de vida da população, portanto, dependem de um esforço coletivo e intersectorial.

2.3 Necessidades de saúde

Discutiremos aqui o conceito de necessidades de saúde. Para facilitar a compreensão crítica deste conceito, faremos uso de uma abordagem que destaca a dimensão genérica do conceito e outra que enfatiza a dimensão concreto-operacional (CAMPOS e MISHIMA, 2005).

Para abordar a dimensão concreto-operacional, tomaremos como base os estudos de Stotz (2004), Campos e Mishima (2005) e Schraiber e Gonçalves (2000), Cecílio (2001), Campos (2000) e Camargo Jr. (2007). Para compreender a dimensão genérica, apoiar-nos-

emos na teoria das necessidades de Heller (1986), e, de forma complementar, na psicologia histórico-cultural desenvolvida por Vigotski (2007), Leontiev (2004), Vigotski e Luria (1996) e outros colaboradores.

Para compreender crítica e efetivamente as necessidades de saúde é preciso compreendê-las como sendo histórica e socialmente condicionadas. Cremos que a dimensão genérica das necessidades, aqui representada principalmente pela teoria das necessidades de Heller (1986), possibilita essa compreensão. Para Heller, necessidades radicais são carecimentos cuja satisfação só é possível por meio de uma superação de uma sociedade baseada em relações de domínio e subordinação. Assim, baseando sua teoria no materialismo dialético marxista, Heller (1986) questiona a possibilidade de satisfação plena das necessidades na estrutura capitalista.

Heller define necessidade como um

desejo consciente, aspiração, intenção dirigida em todo momento para um certo objeto a que motiva a ação como tal. O objeto em questão é um produto social independente do fato de que se trate de mercadoria, de um modo de vida ou de “outro homem” (HELLER, 1986, p.170)

O estudo de Heller parte de uma análise marxista do conceito de necessidade, que, portanto, só poderá ser entendida como sendo social e historicamente determinada. Compreender as necessidades como sendo historicamente determinadas implica admitir, por um lado, a origem social das necessidades, que são, portanto, condicionadas pelas relações sociais e práticas de grupos; e, por outro lado, que as necessidades estão sempre em transformação, de forma que a produção de meios para satisfazê-las criam novas necessidades, conforme podemos observar na análise de Marx e Engels (1993, p.39-40):

(...) devemos lembrar a existência de um primeiro pressuposto de toda a existência humana e, portanto, de toda a história, a saber, que os homens devem estar em condições de poder viver a fim de fazer história. Mas, para viver, é necessário antes de mais beber, comer, ter um tecto onde se abrigar, vestir-se, etc., O primeiro fato histórico é pois a produção dos meios que permitem satisfazer as necessidades, a produção da própria vida material (...) O segundo ponto a considerar é que uma vez satisfeita a primeira necessidade, a ação de a satisfazer e o instrumento utilizado para tal conduzem a novas necessidades e essa produção de novas necessidades constitui o primeiro fato histórico (MARX e ENGELS, 1993, p.39-40)

Segundo Heller (1986), a objetivação social e as necessidades estão sempre em correlação, de modo que a primeira delimita a extensão das necessidades dos homens que fazem parte de uma determinada sociedade e que pertencem a uma certa classe social. Assim compreendida, as necessidades seriam ao mesmo tempo pessoais, tendo em vista que se trata

de um desejo consciente, de uma intenção; e também sociais, pois o objeto da necessidade é um produto social.

Heller (1986) distingue as necessidades existenciais das necessidades propriamente humanas. As primeiras são primárias, tendo em vista que são movidas pelo instinto de autoconservação. Não significa que sejam necessidades naturais, pois correspondem a necessidades concretas dentro de um contexto social determinado; para Heller, não existem necessidades naturais, pois todas as necessidades são socialmente determinadas, e os objetos de satisfação são produzidos socialmente. Assim, são exemplo de necessidades existenciais a necessidade de alimentação, a necessidade sexual, a necessidade de contato social e de cooperação, a necessidade de atividade.

Por outro lado, as necessidades propriamente humanas diferenciam-se das primeiras pelo fato de que o impulso natural, de autoconservação, não exerce nenhum papel. São historicamente e culturalmente determinadas, indo além da mera autoconservação, tais como as necessidades de amizade, atividade cultural, amor, a atividade moral, o descanso superior ao necessário para a reprodução da força de trabalho, a realização de si na objetivação etc

Heller destaca ainda as necessidades humanas alienadas, tais como a necessidade de dinheiro, de poder e de posse. Com o desenvolvimento do capitalismo, a luta pela satisfação das necessidades alienadas e das necessidades existenciais tem se sobressaído em detrimento das necessidades propriamente humanas. O progresso nos países capitalistas, tanto os centrais quanto os periféricos, é atingido quando os objetos das necessidades alienadas se estendem mais amplamente às classes sociais.

As necessidades alienadas possuem caráter quantitativo, enquanto que as necessidades não alienadas tem um caráter qualitativo. Portanto, as necessidades alienadas nunca poderão ser plenamente saturadas, na medida em que o processo de acumulação e de produção de mercadorias é praticamente infinito. Segundo Heller, a acumulação infinita provocada pelas necessidades alienadas só pode ser impedida pelo desenvolvimento das necessidades qualitativas, ou seja, as necessidades não alienadas. Estas não se desenvolvem pela acumulação de objetos, e sim pela sua riqueza.

Heller (1986) contrapõe as necessidades radicais das necessidades alienadas. As necessidades radicais implicam uma busca pela transformação das sociedades baseadas em

dominação, sendo, portanto, de cunho qualitativo. Só podem ser satisfeita após a superação dessa sociedade. Já as alienadas seriam as necessidades de ordem quantitativa.

Uma melhor clarificação do conceito helleriano de necessidades humanas exige a compreensão da noção de indivíduo. Para Heller (2008, p34), “o indivíduo é sempre, simultaneamente, ser particular e ser genérico”. Indivíduo, em Heller, não é apenas pessoa, ou homem particular. É particular, por possuir uma história pessoal e por ter motivações particulares, que só interessam a si mesmo, e não ao gênero humano. É, ainda, genérico, pois é produto das relações sociais e herdeiro do desenvolvimento humano. O trabalho, por exemplo, realizado por indivíduos, é uma atividade genérica, posto que é uma atividade do gênero humano, mas que se manifesta de modo particular. As necessidades existenciais são as características do homem particular, enquanto as necessidades propriamente humanas se realizam no indivíduo, isto é, no ser genérico que se eleva ao particular.

Heller (1994) distingue as categorias particular e indivíduo, em sua “Sociologia de la vida cotidiana”. O conceito de indivíduo é bem diferente da concepção do senso comum, que não o distingue do conceito de pessoa, de homem particular. Para compreender esse conceito, a autora destaca duas dimensões da existência humana concreta: a particularidade e a genericidade.

O particular é o ser humano singular, que possui determinadas qualidades, atitudes, características e dificuldades que lhes são próprias. Os homens particulares se reproduzem e ao mesmo tempo criam a possibilidade de reprodução social no cotidiano, que é definido como o conjunto de atividades que caracterizam essa reprodução social. A vida cotidiana é a vida de todo homem, de todo particular, que, se não transcende a cotidianidade, apresenta-se de forma quase adaptativa ao mundo já constituído.

A genericidade constitui as objetivações mais elevadas, que transcendem o cotidiano. O indivíduo é aquele que vai além da vida cotidiana, encontrando-se numa relação consciente com o genérico. Essa relação consciente tem lugar quando o indivíduo concebe a genericidade como um fim, sendo a motivação dos seus atos. Suas ações não tem como motivação apenas as suas particularidades: “Eu tenho consciência da genericidade quando atuo como ser comunitário-social, quando minhas ações vão além do meu ser particular e disponho para este fim dos conhecimentos necessários (consciência)” (HELLER, 1994, p. 32).

As objetivações genéricas elevadas são a arte, a ciência, a moral, a religião, a filosofia, os sentimentos, as paixões, o trabalho socialmente necessário etc. São as chamadas objetivações genéricas para-si, que se distinguem das objetivações genéricas em si. Estas constituem a apropriação, pelos homens, do mundo concreto e constituído no qual ele nasce. Corresponde ao uso dos objetos feitos pelos homens, a observação e apropriação das regras e costumes definidos pela cultura e o uso da linguagem. São três domínios que se complementam e que permite ao homem a sua humanização. São as condições preliminares de toda atividade humana.

Uma sociedade, para Heller (1994) não pode existir sem as objetivações genéricas em si, enquanto as objetivações genéricas para si não são obrigatórias à existência de uma sociedade, mas fornecem significado à vida humana, às normas e às regras. As objetivações genéricas para si são a expressão do grau de liberdade que tem alcançado o gênero humano, na medida em que objetivou o domínio do ser humano sobre a natureza e sobre si mesmo, o que não quer dizer que não exista religião ou ciência que seja também alienada.

Diferentemente do homem particular, que se restringe à satisfação das necessidades existenciais e da autoconservação, ou seja, a reprodução de si na vida cotidiana, o indivíduo relaciona-se com a satisfação das necessidades propriamente humanas, buscando apropriar-se tanto das objetivações genéricas em si (costumes, linguagem, produtos), quanto das objetivações genéricas para si (artes, ciência, filosofia etc).

Um outro aspecto a considerar, em virtude da consideração das necessidades como constituindo-se historicamente, é a dialética da apropriação e objetivação, apresentada na obra de Marx e estudada pela psicologia histórico-cultural, de influência eminentemente marxista. O homem é visto como um ser histórico-cultural, que se constitui a partir da sua atividade, transformando o mundo e, ao mesmo tempo, constituindo e modificando suas próprias estruturas psíquicas. O ser humano, segundo essa concepção, constitui-se partindo de processos intersíquicos (mediação das relações sociais) em direção a processos intrapsíquicos, quando se consolida a apropriação dos significados culturais (VIGOTSKI, 2007).

O homem, a partir de sua atividade, apropria-se da natureza, incorporando-a às práticas sociais, ao mesmo tempo em que objetiva transformando a natureza (DUARTE, 2006). Em outras palavras, há um processo de apropriação da natureza e um outro processo simultâneo de objetivação humana. O ser humano, através de sua ação transformadora, cria

uma realidade objetiva caracteristicamente humana e sócio-cultural. Em seguida, ocorre um novo processo de apropriação desse produto sócio-cultural. Isso acontece, por exemplo, quando o homem cria um instrumento de trabalho. Um elemento da natureza passa a ter significado culturalmente determinado:

O homem, ao produzir meios para a satisfação de suas necessidades básicas de existência, ao produzir uma realidade humanizada pela sua atividade, humaniza a si próprio, na medida em que a transformação objetiva requer dele uma transformação subjetiva (...) Ao se apropriar da natureza, transformando-a para satisfazer suas necessidades, objetiva-se nessa transformação. Por sua vez, essa atividade humana objetivada passa a ser ela também objeto de apropriação pelo homem, pois os indivíduos devem se apropriar daquilo que é criado pelos próprios seres humanos. Tal apropriação gera nos seres humanos necessidades de novo tipo, necessidades exclusivamente socioculturais, que não existiam anteriormente e que, por sua vez, levarão os homens a novas objetivações e novas apropriações, num processo sem fim. (DUARTE, 2006, p. 118)

Considerar o processo histórico de constituição das necessidades implica, portanto, considerá-las como em permanente movimento e transformação. Ou seja, a partir da dialética entre apropriação e objetivação, as necessidades humanas vão se transformando. Com o enriquecimento humano, vão surgindo novas forças e necessidades sociais. Sendo também socialmente construída, as necessidades serão diferentes considerando distintos grupos e categorias sociais.

A apropriação, para Leontiev (2004) é sempre um processo ativo e mediatizado pelas relações entre os seres humanos. Podemos pensar, então, que não só a constituição das necessidades como também sua satisfação são historicamente condicionadas, constituindo-se num processo ativo e mediado.

Pensar as necessidades de saúde, então, requer considerá-las em permanente devir e constituição. Os atores envolvidos nas políticas sociais, especificamente as políticas de saúde, devem compreender essa contínua construção das necessidades. Pensando com Schraiber e Gonçalves (2000), destacamos a importância de se criar espaços de emergência de necessidades, como forma de buscar alternativas para a criação de novos sistemas de valores, diferentes da atual forma dominante de construção e reprodução da vida social.

Feitas essas considerações acerca da dimensão genérica das necessidades humanas, passemos à dimensão concreto-operacional, que diz respeito às necessidades de saúde como sendo objeto das práticas e do processo de trabalho em saúde. É a dimensão a qual buscam contemplar os serviços de saúde, quando tentam traduzir as demandas dos usuários em necessidades, ou seja, partir das demandas para conhecer as necessidades. A

respeito dessa questão, Cecílio (2001) defende que a integralidade e a equidade na atenção à saúde somente podem ser efetivadas a partir da apropriação, reconceitualização e compreensão das necessidades de saúde pelos trabalhadores em suas práticas. A captação das necessidades teria como ponto de partida uma demanda, definida como um pedido explícito (CECÍLIO, 2001) ou ainda como uma busca ativa do usuário do serviço de saúde, caracterizando-se, nesse caso, como um consumo (SCHRAIBER e GONÇALVES, 2000). O que leva o usuário ao serviço de saúde é uma demanda - uma queixa - que se refere a uma oferta de serviço (consultas, exames, medicamentos, atendimentos etc). A necessidade, portanto, vai além da demanda. Stotz (2004) complementa esse pensamento destacando que as necessidades podem ou não se transformar em demandas.

Considerando essa dimensão, podemos conceitualizar necessidades de saúde por meio de uma taxonomia (CECÍLIO, 2001). Com base nessa concepção, as necessidades de saúde envolveriam quatro aspectos:

- as boas condições de vida, referindo-se tanto ao sentido mais funcionalista, ou seja, os aspectos do ambiente que determinam o processo saúde-doença, como também a concepção marxista relativa ao papel ocupado pelas pessoas no processo produtivo nas sociedades capitalistas;
- o acesso aos serviços de saúde, incluindo os vários níveis de complexidade, embora Cecílio (2001) prefira não hierarquizar as tecnologias leves e duras;
- a criação de vínculos com a equipe/profissional de saúde, que se definem a partir de uma relação pessoal duradoura, intransferível e calorosa, significando mais do que uma simples adscrição territorial;
- a necessidade de graus crescentes de autonomia, “que implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e essa ressignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, de forma mais ampla possível” (CECÍLIO, 2001, p. 115)

Uma outra definição considera as necessidades de saúde como um carecimento, seja de ordem orgânica ou não orgânica, que impossibilita ou dificulta o indivíduo de seguir uma rotina (SCHRAIBER e GONÇALVES, 2000). A necessidade de saúde é aqui entendida

como uma falta. A busca pelo serviço de saúde como forma de preencher essa falta transforma a intervenção em saúde também numa necessidade.

As necessidades de saúde, portanto, compreendida pela dimensão concreto-operacional relacionam-se de forma circular com os serviços de saúde. Ou seja, de um lado o usuário chega ao serviço de saúde em busca de satisfazer uma necessidade; de outro lado, se a intervenção gerar resultados satisfatórios, o processo de trabalho em saúde irá produzir e reiterar novas necessidades de saúde, redefinindo e condicionando o padrão de necessidades (SCHRAIBER e GONÇALVES, 2000; CAMPOS e MISHIMA, 2005).

A forma de pensar as necessidades de saúde está condicionada à concepção de saúde e doença adotada. O modelo biomédico, por exemplo, reduz o processo saúde-doença meramente ao aspecto biológico, reificando a categoria doença e deixando de lado tanto o indivíduo quanto os aspectos sociais. Isto é, deixa de lado a subjetividade humana, restringido-se apenas à categoria doença (CAMARGO JR, 2007). Nesse caso, as necessidades de saúde significariam o acesso aos serviços de saúde para fins de tratamento e cura. Compreenderiam necessidade de medicamentos, consultas, exames, diagnósticos e outros procedimentos, especialmente relacionados à tecnologia dura. Podemos falar aqui de um processo de naturalização tanto da doença como também das necessidades de saúde.

A crítica que Camargo Jr.(2007) faz é que as necessidades de saúde são naturalizadas, entendidas como um objeto já dado e facilmente apreensível, referindo-se ainda a uma série de atores interessados, tais como laboratórios farmacêuticos, hospitais, seguros de saúde, indústria de publicações, dentre outros, que disputam legitimidade para definir o que é um problema de saúde.

Um dos muitos desafios que se colocam ao estudo das necessidades de saúde de moradores de rua é o risco de, no cuidado de adotar uma concepção ampliada de saúde, acabemos reforçando ainda mais a medicalização da vida, por meio da consideração de diversos problemas sociais como necessidades de saúde. Segundo Camargo Jr. (2007), o conceito positivo de saúde, na medida em que se busca conhecer a origem social do processo saúde-doença, pode cair no risco de uma medicalização ainda mais radical do que a enfatizada pelo modelo biomédico. O esforço a ser empreendido aqui se dará no sentido de compreender os determinantes sociais da saúde-doença junto a moradores de rua, sem reduzir todas as suas condições de vida a problemas de saúde. Compreender as necessidades de saúde dessa população exige, no entanto, uma compreensão crítica das condições de vida na rua e de como essas condições refletem não somente na saúde humana, como também nos aspectos subjetivos dessas pessoas.

Antes de discutir especificamente sobre o conceito de necessidades de saúde a ser problematizado neste trabalho, é necessário compreender o significado do processo saúde-doença, ou seja, delimitar qual a nossa compreensão de saúde e doença, buscando considerar suas diversas dimensões, seja a individual, biológica e psicológica, ou a social e coletiva.

Definir saúde é uma tarefa relativamente complexa. Para Batistella (2007), a dificuldade em definir o conceito deve-se ao envolvimento de diferentes dimensões e aspectos constitutivos. Algumas concepções ressaltam apenas uma dimensão, negligenciando outras. Ou nem sequer conseguem definir saúde, limitando-se a discutir sobre o conceito de doença. É o que acontece com a definição de saúde conforme o modelo biomédico. A prevalência da concepção biomédica que compreende a saúde como ausência de doença orienta, ainda, a maioria das produções científicas e tecnológicas em saúde (BATISTELLA, 2007).

Devido à compreensão da saúde como ausência de doença, ou seja, como negação do seu contrário, a atenção tem se voltado muito mais à doença, seus conceitos e seu manejo prático, enquanto o conceito de saúde tem ficado em segundo plano (BATISTELLA, 2007; AYRES, 2007). Considerando-se também a hegemonia do modelo biomédico, que se concentra na doença, o conceito de saúde foi sendo deixado de lado.

Camargo Jr (2007), ao discutir sobre a concepção de doença no âmbito do modelo biomédico, destaca três dificuldades: a indefinição conceitual, o reducionismo biológico e a reificação da noção de doença. No que se refere à indefinição conceitual, o autor compreende que a racionalidade biomédica traz uma noção restrita caracterizada pela classificação das doenças, de forma que o eixo teórico da biomedicina limita-se a uma teoria das doenças. Essa concepção para ele acaba se tornando um retrato natural das enfermidades. Sobre o reducionismo biológico, o autor afirma que, na concepção biomédica do processo saúde-doença, excluem-se as dimensões sociais e individuais subjetivas. Já no que diz respeito à reificação da categoria doença, o autor argumenta que a doença entendida como coisa passou a ser o foco do médico, e não o indivíduo portador dessa doença. Essa concepção reducionista e reificadora restringe tanto a compreensão teórico-conceitual acerca do processo saúde-doença, como também as possibilidades de soluções para os problemas de saúde-doença.

A limitação do conceito de saúde como ausência de doença nos leva ao esforço de reconstruir esse conceito, sem necessariamente dissociá-lo do conceito de doença. Ayres (2007), ao discutir sobre a concepção hermenêutica de saúde, destaca que saúde e doença não são elementos opostos de uma mesma polaridade, na medida em que a definição de saúde como não-doença e doença como não-saúde nem de longe dá conta da complexidade desses processos. Para exemplificar essa idéia, basta pensar que a ausência de sinais e sintomas não

significa necessariamente que a pessoa se sinta saudável (BATISTELLA, 2007). No entanto, é possível que portadores de doenças se considerem saudáveis.

Por outro lado, saúde e doença estão inter-relacionados, de modo que não podem ser dissociados. Diz o autor:

(...) fazer equivaler saúde e doença a situações polares de uma mesma coisa, identificadas segundo uma mesma racionalidade, é tão limitante para a adequada compreensão dessas duas construções discursivas e das práticas a elas relacionadas, quanto negar as estreitas relações que guardam uma com a outra na vida cotidiana. (AYRES, 2007, p. 44)

Outra crítica ao conceito de saúde como ausência de doença é feita por Fleury-Teixeira (2009), concluindo que este não se presta à análise da determinação social da saúde, por desconsiderá-la por completo. As dimensões sociais que determinam o processo saúde-doença são totalmente negligenciadas pelo conceito negativo de saúde.

Já o conhecido conceito positivo de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), como “completo bem-estar”, apesar do esforço em superar a noção simplista de saúde como não-doença, tem sido criticado por vários autores (BATISTELLA, 2007; FLEURY-TEIXEIRA, 2009) pela sua indefinição ao caracterizar a saúde como algo inalcançável. Batistella (2007) afirma que, por um lado, o completo bem-estar é um estado inatingível, impossível, portanto, de ser usado como meta para os serviços de saúde; por outro lado, o autor destaca a falta de objetividade do conceito, dado o caráter subjetivo da expressão “bem-estar”. Essa última crítica é contestada por Caponi (1997), pois, para ela, a subjetividade é elemento inerente a qualquer concepção de saúde/doença.

Uma outra concepção de saúde, discutida também por Batistella (2007), é a dimensão normativa da saúde, destacando a análise foucaultiana de normatização dos espaços, dos processos e dos indivíduos. O autor destaca duas diferentes percepções decorrentes da dimensão normativa da saúde:

As implicações da associação entre norma e saúde sob esta perspectiva podem ser percebidas de diferentes formas. De um lado, o sucesso de programas de imunização e a obrigatoriedade na notificação para auxiliar o controle de doenças, por exemplo, têm corroborado a importância de intervenções estatais. De outro, o estabelecimento de normas e padrões de condutas saudáveis a serem observadas para evitar as doenças tende a colocar exclusivamente sobre os indivíduos a responsabilidade pelo seu adoecimento (BATISTELLA, 2007, p. 60)

O autor complementa a idéia argumentando que a perspectiva individualista que responsabiliza e culpabiliza as pessoas pelo adoecimento, por não possuírem estilos de vida saudáveis, acaba por desviar o foco, desconsiderando os fatores ambientais, sociais e econômico-produtivos do processo saúde-doença. Carvalho (2005), seguindo essa mesma

linha de pensamento, questiona o potencial de transformação da corrente da promoção da saúde que enfatiza a intervenção sobre estilos de vida, negligenciando a determinação social da saúde e contribuindo para a manutenção da ordem social.

Além de discutir sobre a concepção biomédica do processo saúde-doença, o conceito da OMS e a dimensão normativa, Batistella (2007) discute também a saúde como direito social, bem como o modelo conceitual dos determinantes sociais. No que diz respeito à saúde com direito, o autor refere-se à VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, que elaborou os princípios do SUS, compreendendo a saúde como resultado das desigualdades criadas pela organização e produção social. Contrapõe-se ao modelo biomédico, por considerar as dimensões econômicas, sociais e políticas envolvidas na produção da saúde nas coletividades.

No que se refere ao modelo dos determinantes sociais da saúde, esse autor destaca o adoecimento como resultado das desigualdades de condições sociais, de vida e de trabalho, constatando a necessidade de se conhecer essas condições que atingem grupos e indivíduos, como forma de intervir nos determinantes, tanto os mais gerais da sociedade como os mais específicos dos indivíduos que compõem os grupos.

Sobre os determinante sociais da saúde, Fleury-Teixeira (2009) também destaca a importância das condições sociais de vida na determinação da saúde e doença, tais como as condições ambientais e de habitação, o restrito acesso à alimentação e outros bens fundamentais, as condições e atividades relacionadas ao trabalho, os quais podem implicar vários riscos à saúde. Além da exposição a esses riscos, a vulnerabilidade de certas populações intensifica-se em decorrência da deficiência de acesso à educação e serviços de saúde.

Entretanto, o autor considera como sendo o processo de determinação mais sutil e intenso o que se chama determinação psicossocial (ou determinantes psicossociais), que diz respeito à possibilidade de autonomia, reconhecimento e segurança, bem como as realizações/frustrações dos indivíduos no curso de suas vidas.

Fleury-Teixeira (2009) refere-se a evidências históricas de que apenas a alteração das condições sociais das populações teriam controlado problemas de saúde. Inicialmente refere-se à mudança nas condições ambientais, mas destaca os determinantes psicossociais, tais como as emoções pessoais e a qualidade das interações sociais. Apresenta estudos realizados com funcionários públicos do Reino Unido, que mostraram que a expectativa de vida aumenta, e a incidência de doenças cardiovasculares diminui para categorias profissionais de maior nível hierárquico, bem como para indivíduos cujos pais possuem

melhor nível educacional ou social. Esses estudos mostraram ainda, segundo o autor, que os comportamentos individuais considerados de risco (tabagismo, sedentarismo, obesidade) responderam por apenas 30% do gradiente social em relação à mortalidade. Ou seja, os fatores psicossociais têm maior impacto sobre o nível de saúde.

Uma outra definição de saúde, discutida também por Fleury-Teixeira (2009), diz respeito à concepção de saúde como meio, como um recurso para a realização da vida das pessoas. O autor defende esse conceito, por tratar-se de uma definição positiva sem cair nos reducionismos do conceito de saúde como não-doença e do conceito amplo da OMS; a saúde seria, então, uma condição parcial para a qualidade de vida e para a realização dos indivíduos. Destaca ainda que compreender a saúde como meio permite distinguir a saúde da totalidade da vida humana. Saúde não seria, portanto, o objetivo único da vida dos indivíduos e coletividades; estaria incluída no conjunto de objetivos da vida humana, mas seria um elemento distinto: “(...) desse modo a saúde é tomada como um dos elementos da qualidade de vida e uma das condições objetivas para o desenvolvimento humano, e não como o seu conjunto” (FLEURY-TEIXEIRA, 2009, p.383). Esse autor toma a saúde como um meio para a realização da vida, definindo-a como:

(...) capacidade psíquico-fisiológica, isto é, como a capacidade psicofisiológica para o exercício ativo de si dos indivíduos para a sua realização na vida. Saúde, capacidade psicobiológica é, certamente, uma condição parcial para a realização dos indivíduos na vida, uma condição que, ao mesmo tempo, abrange e é condicionada pelas determinações de sua existência como ser biológico. (FLEURY-TEIXEIRA, 2009, p. 383)

Esse conceito é bem mais pertinente do que os conceitos de saúde como ausência de doença e como completo bem-estar, mas não concordamos com o autor no que diz respeito à completude desse conceito, pois acreditamos que considerar a saúde como meio acaba sendo reducionista tanto quanto pensar a saúde meramente como fim último a ser atingido. Se consideramos a saúde como sendo socialmente determinada e produzida, o mais adequado seria pensar a saúde, o seu processo de determinação e as condições para a realização da vida dos sujeitos e coletividades de forma dialética. Assim, a saúde é meio e fim ao mesmo tempo. Fim, porque é necessário atingir os seus determinantes sociais com a finalidade de promover a saúde humana; meio, porque a promoção, proteção e recuperação da saúde deve constituir e reconstituir nos indivíduos e grupos a sua capacidade de ser ativo no mundo e de transformar as suas condições materiais de vida, em prol de uma melhor qualidade de vida. Entre saúde e condições de vida, há um processo de determinações recíprocas e complexas que não deve ser desconsiderado.

A respeito do que autor chama de realização ativa da vida dos indivíduos, podemos ir além e falar da possibilidade de ação transformadora, de transformar a realidade injusta e opressora da maioria das populações. Isso não quer dizer que o setor saúde assumirá, sozinho, esse encargo. Pensando com o autor, compreendemos que o setor saúde faz parte de um conjunto de políticas públicas, não sendo capaz de, de forma setorial e isolada, atingir satisfatoriamente os determinantes sociais da saúde/doença.

Para definir um conceito de saúde a ser adotado neste trabalho, tomamos como referência, além dos demais autores já discutidos, os conceitos defendidos por Fleury-Teixeira (2009), que traz a definição de saúde como sendo capacidade psicofisiológica para a realização da vida por parte dos indivíduos; por Caponi (1997), que tomando como base as idéias de Canguilhem, compreende a saúde como capacidade de indivíduos e coletividades de tolerar as infidelidades do meio; e, por fim, o conceito de saúde cunhado por Ayres (2007), como sendo a busca constante e compartilhada de meios para evitar, manejar e/ou superar as condições de adoecimento desde que essas condições resultem em obstáculos para a realização dos projetos de felicidade dos indivíduos e coletividades.

Compreendemos, assim, a saúde tanto como capacidade dos indivíduos e coletividades – capacidade essa que é também socialmente determinada - para evitar, manejar e enfrentar as dificuldades e adversidades da vida (incluindo os processos de adoecimentos), como também para a realização ativa da vida, que diz respeito também à possibilidade de transformar a realidade e as condições materiais vigentes. Essa concepção de saúde considera seus múltiplos processos determinantes. Não é, portanto, redutível a qualquer dos seus aspectos isoladamente, seja o individual biológico ou psicológico, seja o social.

3 - METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo que analisa as necessidades de saúde de moradores de rua do centro de Fortaleza-CE e discute sobre a política social do poder público municipal voltada para essa população, que vem sendo implementada nos últimos dois anos. A pesquisa qualitativa, conforme salienta Minayo (1994a, p.22), alcança níveis do real que não podem ser quantificados, trabalhando com valores, crenças, atitudes e motivações. A autora afirma que *“a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas”*.

A pesquisa qualitativa apareceu na Antropologia, a partir da percepção dos pesquisadores de que várias informações a respeito da vida dos povos não são passíveis de quantificação, e a interpretação precisaria se amplificar muito mais do que simplesmente se restringir aos dados objetivos e estatísticos. (TRIVINOS, 1987).

Esse tipo de pesquisa revelou-se adequada ao estudo em questão, tendo em vista que buscamos investigar uma complexa realidade não mensurável, mas passível de uma análise qualitativa. A complexidade dessa problemática traduz-se no fato de que a situação de rua é caracterizada por várias formas de violência, insegurança, incertezas, abandono, mobilidade, itinerância e uso abusivo de drogas. A situação de rua, portanto, é uma problemática heterogênea, plurideterminada e multidimensional.

Os objetivos desse estudo remetem a ações como compreender, analisar e discutir, que demandam um nível de aprofundamento ao qual somente a pesquisa qualitativa é capaz de atingir. Foi possível, então, analisar como os moradores de rua significam a vivência de rua, bem como a sua saúde, tanto em relação às condições de vida na rua como também no que se refere à percepção do atendimento nos serviços de saúde. A partir dessas questões, pudemos discutir sobre as necessidades de saúde dos moradores de rua e sobre os desafios das políticas sociais no atendimento a essas necessidades.

3.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza-CE, na rua de uma forma geral e em quatro diferentes entidades: Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS), o Centro de Atendimento da população de Rua e a Pastoral do Povo de Rua. A pesquisa na rua se deu na área central da cidade, região onde vive boa parte dos moradores de rua.

Fortaleza tem, atualmente, cerca de dois milhões e meio de habitantes, configurando-se como um dos maiores centros urbanos do Brasil. Da mesma forma que o país, Fortaleza também sofreu um rápido, desorganizado e caótico processo de urbanização.

É hoje a quinta maior cidade do Brasil, com aproximadamente dois milhões e quinhentos mil habitantes, segundo estimativa do IBGE, em 2009. Está situado no litoral norte do Ceará, limitando-se com os municípios de Itaitinga e Pacatuba (ao sul), Eusébio e Aquiraz (ao leste) e Caucaia e Maracanaú (ao oeste). Ao norte, defronta-se com o Oceano Atlântico (FORTALEZA, 2006).

No final do século XIX, Fortaleza não tinha mais do que 41 mil habitantes, tendo sofrido um crescimento exponencial de sua população, bem como da população de trabalhadores desempregados, tendo em vista que nem o processo de industrialização da cidade, nem tampouco o setor de serviços, foram suficientes para absorver a mão-de-obra gerada pela urbanização (SILVA, 2004).

Em um século, a população aumentou de pouco menos de 41 mil habitantes no final do século XIX para mais de 2 milhões na virada do século XX (SILVA, 2004). Além disso, ressaltamos também que a cidade não possui uma capacidade industrial suficiente para absorver esse grande contingente populacional. Conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do IBGE (PNAD), o setor econômico que mais absorveu mão de obra em 2001 foi o de serviços (26,1%) e em seguida o de comércio (20,5%).

Dessa forma, as grandes questões sociais urbanas estão bem presentes na realidade de Fortaleza. O aumento crescente da violência urbana e da criminalidade aprofunda consideravelmente a segregação social e espacial na cidade. O crescimento da cidade empurra cada vez mais a população pobre para a periferia, muitas vezes para as chamadas áreas de riscos. O número de favelas na cidade cresceu de 235, em 1985, para 355, em 2001 (SILVA, 2004). No começo da primeira década deste século, viviam nas favelas de Fortaleza mais de 540 mil pessoas. A cidade amarga ainda um crescente índice de desemprego; apenas cerca de

756 mil pessoas – dos mais de 2 milhões – fazem parte da população economicamente ativa (LINHARES, 2006).

Essa grande concentração urbana que caracteriza Fortaleza ocorreu em detrimento do crescimento (muito lento) das cidades do interior. As principais atividades do Estado, bem como cerca de um terço da população cearense, estão concentradas na capital. A industrialização concentrou-se quase que inteiramente na Região Metropolitana de Fortaleza, de modo que só de alguns anos para cá, o município de Sobral, localizado na região norte, e o pólo formado pelos municípios Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha, situados no sul do estado, tiveram um pequeno processo de industrialização.

A maior cidade do interior, e segunda maior do Estado, ou seja, Caucaia, possui apenas cerca de 335 mil habitantes, frente aos mais de 2,5 milhões de habitantes de Fortaleza (IBGE¹).

No contexto nordestino, é o Ceará o Estado que apresenta o um maior desnível no seu sistema urbano, no que se relaciona à hierarquia. Isso quer dizer que é o Estado que apresenta maior diferença em termos demográficos entre a sua maior cidade e a segunda mais importante. Nos demais Estados, nota-se um certo equilíbrio(...). O poder concentrador de Fortaleza revela a fragilidade do sistema urbano, que não consegue reter a população do interior. Apesar de ser tão importante no cenário urbano brasileiro pelo seu contingente populacional, a cidade não possui uma urbanização a altura do seu tamanho demográfico (SILVA, 2004, p.234).

Nesse contexto de urbanização caótica e pobreza urbana, encontram-se os moradores de rua. Segundo dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, em pesquisa divulgada em abril de 2008 (BRASIL, 2008a), Fortaleza possui 1701 pessoas adultas vivendo nas ruas. Na pesquisa somente foram contados os moradores de rua com mais de 18 anos. Mais da metade das pessoas que moram nas ruas de Fortaleza (56,3%) tem entre 25 e 44. Dentre os motivos da ida para as ruas, a pesquisa mostrou que 13% declararam o uso de álcool e/ou outras drogas, enquanto que 12,9% por problemas familiares e 12,1% por desemprego. A grande maioria são nascidos em Fortaleza (66,7%), enquanto 23,3% vêm de outros municípios.

No que se refere aos locais de realização da pesquisa, escolhemos a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), tendo em vista que o estudo trata especificamente das necessidades de saúde dos moradores de rua, e a Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS), por ser o setor responsável pela execução da política de inclusão social do morador de rua.

¹ IBGE – Estimativa populacional por município 2009

A pesquisa na SMS limitou-se a entrevistas realizadas na Coordenação de Saúde Mental e no Centro de Saúde da Família Paulo Marcelo, localizado no centro da cidade. A SMS, extinta pela reforma administrativa da prefeitura de Fortaleza em 1997, e recriada em 2001, tem como papel administrar o sistema de saúde da cidade, a vigilância sanitária e epidemiológica, realizar o controle de zoonoses e definir políticas públicas municipais de saúde (ANDRADE, 2006). A gestão atual da prefeitura tem tomado algumas iniciativas no setor, tais como a ampliação do Programa de Saúde da Família e a criação de três CAPS gerais, seis CAPS AD (álcool e drogas) e dois CAPS i (que atende a crianças e adolescentes).

Já no que se refere à pesquisa na Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS), foi feita uma entrevista no interior do órgão com uma das suas representantes. A SEMAS foi criada recentemente, em meados de 2007. Antes, a assistência social era vinculada à antiga Secretaria de Educação e Assistência Social (SEDAS), que foi extinta, dando origem à SEMAS e à Secretaria de Educação.

A SEMAS é responsável pela elaboração e execução da política de assistência social para o município de Fortaleza-CE, devendo seguir os princípios e as diretrizes do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e da Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Um dos objetivos da PNAS é “prover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e, ou, especial para famílias, indivíduos e grupos que deles necessitarem” (BRASIL, 2004). Os serviços voltados para os moradores de rua enquadram-se na proteção social especial.

Como um serviço de referência para prestar proteção social especial para a população de rua, a SEMAS criou no primeiro semestre de 2008 o Centro de Atendimento da População de Rua (CAPR). Este Centro está vinculado à Coordenação da Proteção Especial, tem como objetivo prestar atendimento psicossocial a moradores de rua do município e ser um espaço de acolhimento. O CAPR atende a moradores de rua, que utilizam o espaço para tomar banho, fazer lanches e participar de grupos e oficinas sócio-educativas. Conta com uma equipe de trabalhadores que inclui psicólogo, assistentes sociais, arte-educadores, educadores sociais e auxiliares administrativos. A pesquisa de campo foi realizada em sua maior parte no CAPR, tanto as entrevistas com os moradores de rua, como também as visitas de observação participante.

3.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa contemplaram dois grupos: os moradores de rua, que chamamos de Grupo I, e os representantes das políticas municipais de saúde e de assistência social do município de Fortaleza-CE, que denominamos Grupo II.

Os moradores de rua foram contatados inicialmente por meio da mediação dos trabalhadores do Centro de Atendimento da População de Rua (CAPR). O CAPR é um equipamento vinculado à SEMAS, que funciona durante o dia e presta serviços de atendimento ao morador de rua, tais como encaminhamentos para retirada de documentação, oficinas sócio-educativas, atendimento individual com psicólogo e assistente social, cursos de inclusão produtiva, banho, lavagem de roupas e lanche. A inserção do pesquisador no CAPR possibilitou o estabelecimento de vínculos com diversos moradores de rua usuários do serviço. As entrevistas foram feitas no interior do CAPR, embora o contato com os sujeitos entrevistados não tenha se limitado a esse estabelecimento, pois também foram feitas visitas à rua propriamente dita (especialmente as praças e parques do centro da cidade) bem como à Casa do Povo de Rua, instituição vinculada à Pastoral do Povo de Rua e que oferece espaço para banho, lavagem de roupas e convivência.

Selecionamos nove moradores de rua, tendo como critério o processo de saturação teórica, que é definido por Minayo (2007) como sendo o conhecimento, pelo pesquisador, da lógica interna do grupo pesquisado. Ou seja, a saturação teórica corresponde a uma quantidade de entrevistados que permita a compreensão das homogeneidades, diversidades e intensidade de informações suficientes para a discussão tendo em vista os objetivos propostos.

A escolha dos sujeitos entrevistados foi feita a partir do contato regular com os moradores de rua propiciado pela inserção no campo de estudo e pela observação participante. Os critérios foram: a) ter morado na rua durante pelo menos um ano; b) ter mais de 18 anos de idade; c) ter condições de saúde que permitissem a plena participação nas entrevistas, o que pressupunha a mínima possibilidade de construir um discurso coerente, de forma a estabelecer um diálogo com o pesquisador.

Além dos moradores de rua, foram também sujeitos da pesquisa dois representantes da SMS e dois representantes da SEMAS. A quantidade de representantes pesquisados deveu-se ao fato de podermos contemplar um representante do serviço (Centro de Saúde da Família e CAPR) e um representante da gestão (coordenadores vinculados às secretarias). Da SMS, entrevistamos uma representante da política de saúde mental e uma trabalhadora do Programa de Saúde da Família (PSF) do Centro de Saúde Paulo Marcelo. Já

da SEMAS foram entrevistadas uma representante da Proteção Social Especial e uma representante do CAPR. O quadro abaixo sintetiza os grupos de representantes para o estudo.

QUADRO I – GRUPOS DE ENTREVISTADOS

GRUPO	REPRESENTAÇÃO	Nº DE SUJEITOS
I	Moradores de rua	9
II	Representantes da Política de Assistência Social	2
	Representantes da Política de Saúde	2
TOTAL		13

Os entrevistados são identificados ao longo do texto referente à análise e discussão dos dados por um número e considerando o grupo ao qual pertenciam. Assim, os entrevistados do Grupo I, os moradores de rua, foram identificados de 1 a 9, abreviados da seguinte forma: Ent. 1, Grupo I; Ent. 2, Grupo I;...; Ent. 9, Grupo I. Já os participantes do Grupo II, representantes das políticas, foram identificados da seguinte forma: Ent. 1, Grupo II; Ent. 2, Grupo II...; Ent. 4, Grupo II.

O quadro II caracteriza os nove moradores de rua entrevistados. A quarta coluna refere-se ao tempo total de moradia na rua, que corresponde ao tempo decorrido entre o período em que o sujeito saiu de casa e foi morar na rua e o momento atual, destacando-se que alguns moradores de rua alternam períodos em que passam na rua com outros em que alugam barracos, quitinetes ou são acolhidos em abrigos. A quinta coluna corresponde a alguma atividade remunerada, e a quinta, a existência de vínculos familiares e afetivos.

A atividade remunerada diz respeito a algum trabalho, formal ou informal, que está sendo realizado atualmente pelo morador de rua. Dos entrevistados, apenas três afirmaram ter uma profissão definida (sendo dois artesãos e um pintor de carro); os demais ou não exercem nenhuma atividade ou trabalha informalmente. Um dos entrevistados (entrevistado 5) recebe auxílio-doença da Previdência Pública.

Com relação aos vínculos afetivo-familiares, destacamos os moradores de rua que possui alguma forma de contato com familiares. Os que relataram estar sem contato com os familiares há muito tempo ou que afirmaram expressamente ter tido problemas familiares considerados irreversíveis foram definidos no quadro II como não possuidores de vínculos.

QUADRO II– CARACTERIZAÇÃO DOS MORADORES DE RUA ENTREVISTADOS

IDENTIFICAÇÃO	SEXO	IDADE	TEMPO TOTAL	ATIVIDADE	VÍNCULO
---------------	------	-------	-------------	-----------	---------

		(ANOS)	DE MORADIA NA RUA (ANOS)	REMUNE- RATÓRIA	FAMILIAR- AFETIVO
Entrevistado 1	M	25	16	Artesanato	Não possui
Entrevistado 2	M	31	9	Não possui	Não possui
Entrevistado 3	M	34	16	Não possui	Tia e filhos**
Entrevistado 4	M	43	7	Artesanato	Não possui
Entrevistado 5	M	53	14	Não possui	Não possui
Entrevistado 6	M	37	22	Não possui*	Não possui
Entrevistado 7	M	21	6	Não possui	Namorada
Entrevistado 8	F	25	13	Não possui	Avó
Entrevistado 9	F	45	5	Guarda carros	Filhos

* o Entrevistado 6 é pintor de carro por ofício, mas está atualmente desempregado

** O Entrevistado 3, apesar de afirmar que não pode contar com a família para nada, relatou casos em que foi acolhido pela tia para fazer um tratamento de saúde

3.4 Coleta de dados

As técnicas utilizadas para a coleta de dados foram entrevistas individuais semi-estruturadas (Apêndices A e B) e observação participante. Para Triviños (1987, p. 146), a entrevista semi-estruturada, “(...) ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação”.

Esse tipo de entrevista, neste trabalho, foi fundamental para a coleta dos dados, tendo em vista que permitiu uma maior flexibilidade nas perguntas a serem feitas, de modo que, a partir das respostas, surgiram outras perguntas, constituindo um diálogo aberto e abordando-se de uma maneira mais ampla as questões definidas no roteiro.

Estudar as necessidades de saúde dos moradores de rua é fundamental para elaborar uma política social que construa saberes e fazeres que atendam as especificidades dessa população. Para investigar essa categoria, não bastou perguntar para os atores entrevistados quais as suas necessidades ou como eles consideram a sua saúde. As necessidades de saúde nem sempre aparecem de forma clara na fala dos moradores de rua. Encontramos sujeitos que, ainda que tenham identificado uma série de riscos (como por exemplo o risco de violência), não se referiram a essas questões como problemas ou necessidades de saúde, embora a violência seja considerada um dos determinantes do processo saúde-doença.

As entrevistas dos moradores de rua (Grupo I) foram realizadas no interior do CAPR, que se revelou como sendo o local mais adequado, em termos de espaço físico disponível, pouca existência de ruídos e possibilidade de sigilo.

O pesquisador teve contato informal com diversos usuários, alguns dos quais se ofereceram para participarem da pesquisa. Outros, com quem o pesquisador manteve contato por algum tempo, foram convidados a serem entrevistados. Já as entrevistas com os participantes do Grupo II foram feitas nos respectivos locais de atuação de cada um.

Todas as entrevistas foram gravadas e, em seguida, transcritas em texto de forma literal, preservando os aspectos importantes dos discursos e facilitando a análise dos dados.

Quanto ao roteiro de observação participante, optamos pela observação descritiva, que “se realiza de forma totalmente livre, embora o investigador de campo deva estar sempre focalizado no que constitui seu objeto de estudo” (MINAYO, 2007, p. 194). Ou seja, não construímos um roteiro de observação, enfocando, no entanto, os objetivos propostos para o estudo.

A observação participante foi feita inicialmente junto ao Centro de Atendimento da População de Rua e, depois de estabelecido vínculo junto aos moradores de rua, na rua propriamente dita. A observação participante na rua foi feita por meio de andanças nas praças em visitas durante o dia, em alguns casos estendendo-se ao período noturno.

A observação participante foi realizada no período de agosto a novembro de 2009, totalizando quatro meses, sendo que foi feita uma visita por semana (em algumas semanas foram feitas duas visitas). Foram observadas as vivências, as relações estabelecidas, as estratégias de sobrevivência e outros elementos que se referem à saúde dos moradores de rua.

As visitas realizadas permitiram o estabelecimento de um vínculo entre os moradores de rua e o pesquisador, tendo sido constituída em alguns casos uma visível relação de confiança mútua, como aconteceu quando um dos usuários do CAPR sentiu-se à vontade para falar de um problema pessoal, ainda que a referida instituição conte com profissionais de psicologia e de serviço social que realizam atendimentos individuais.

Segundo Leopardi e Nietzsche (2001, p. 197), a observação participante é uma técnica de investigação em que o “pesquisador, ao propor-se à coleta de dados, efetivamente participa da situação, inclusive intervindo, mudando, propondo”. O pesquisador afeta o ambiente observado, ainda que não tenha a intenção. Foi o que aconteceu, por exemplo, na primeira visita ao CAPR, que seria apenas uma conversa inicial com a Coordenadora da

entidade. No entanto, o pesquisador acabou sendo abordado por um dos usuários, resultando numa conversa informal e, ao final, num agendamento de uma entrevista formal.

Em várias ocasiões, o pesquisador foi abordado por moradores de rua, que queriam saber qual seu papel, se era funcionário do CAPR etc; quando sabiam que se tratava de uma pesquisa sobre necessidades de saúde dos moradores de rua, muitos começavam a falar o que achavam do tema ou então pediam para serem entrevistados.

Para cada visita, foram feitos, num diário de campo, relatos de observação participante, contendo também as impressões acerca do observado. Os diários de campos constituíram um valioso instrumento de análise dos dados, de modo que complementou e facilitou a realização das entrevistas. Registramos no diário de campo conversas informais, comportamentos, expressões utilizadas, gestos e impressões do pesquisador. Em decorrência do contato informal com os moradores de rua nos períodos de observação, os entrevistados sentiram-se mais à vontade para falar sobre suas histórias na rua e sobre significações acerca de suas vidas.

3.5 Análise e interpretação dos dados

Na análise e interpretação dos dados, fizemos uso da análise crítico-reflexiva, conforme proposta operativa de Minayo (2007), que se constitui em uma aproximação da análise de conteúdo. A proposta orienta a análise dos dados coletados considerando o contexto histórico-social em que o texto foi produzido. Buscamos, então, analisar não somente o texto propriamente dito, mas os determinantes desse texto, identificando, também, as identidades, diferenças, divergências e complementaridades entre as diversas falas dos sujeitos da pesquisa.

Depois de completada a coleta dos dados, seguimos as etapas de sistematização e análise abaixo, seguindo a proposta de Minayo (2007):

a) Ordenação dos dados

Contemplou a transcrição fiel das entrevistas, a releitura do material transcrito, incluindo as entrevistas e os diários de campo, e, finalmente, a organização dos dados em dois conjuntos: o que contemplava os dados das entrevistas e o que integrava os dados obtidos na observação participante. O primeiro conjunto abrangeu dois subconjuntos referentes aos

dados das entrevistas do grupo I (moradores de rua) e aos dados do Grupo II (representantes do poder público).

b) Classificação dos dados:

Os dados passaram a ser reconstruídos por meio de leituras exaustivas e repetidas dos textos (leitura horizontal). A leitura horizontal e exaustiva refere-se à análise cuidadosa do material escrito, atentando-se para as palavras, frases, idéias e sentido geral do texto. Nesse momento, registramos as primeiras impressões acerca dos dados. Todos os textos das entrevistas e da observação participante foram lidos individualmente e por inteiro.

Após a leitura horizontal, realizamos a leitura transversal, que corresponde à leitura de cada subconjunto, bem como o conjunto geral dos textos. Essa leitura propiciou a definição de categorias empíricas, que posteriormente foram articuladas com as categorias analíticas (definidas a priori). A interpretação foi feita a partir dessa categorização, comparando-se cada fala, de cada sujeito, e verificando-se as complementaridades, as diferenças, divergências e semelhanças existentes.

As categorias empíricas emergidas foram as seguintes:

- Acesso aos serviços de saúde: refere-se à entrada dos moradores de rua nos serviços de saúde, a qualidade do atendimento e a sua continuidade;
- Violência/insegurança na rua, que surge como uma das questões mais presentes entre os moradores de rua, juntamente com o uso de drogas;
- O processo saúde-doença: como os moradores de rua significam a saúde e a doença, os determinantes, as principais situações de adoecimento e problemas de saúde;
- Abuso de drogas: relacionado à categoria processo saúde-doença, mas por ser muito característico da vida dos moradores de rua, emergiu como uma categoria distinta;
- Autonomia/dependência: diz respeito às relações caracterizadas pela dependência e tutela, embora exista potencial para um maior grau de autonomia
- Individualismo/cooperação: refere-se à concepção individualista presente nas relações entre os moradores de rua e a possibilidade de superação rumo à cooperação;

- Política social e as especificidades dos moradores de rua: surgiu principalmente nos discursos do grupo II, destacando as particularidades dos moradores de rua que precisam ser contempladas pelas políticas sociais;
- Intersetorialidade/fragmentação da política social: destaca as articulações entre os diversos setores da política municipal e também com as entidades não governamentais.

Definidas as categorias, elaboramos os quadros de análise, que permitiram a síntese dos dados referentes a cada uma das categorias e o confronto dos discursos dos participantes. Os esquemas de análise foram elaborados conforme ilustrado nos quadros abaixo:

QUADRO III – Síntese dos confrontos dos depoimentos do Grupo I – Moradores de Rua. Fortaleza-CE

Categorias Empíricas	Ent.1	Ent.2	Ent. n (...)	Ent. 9	Síntese horizontal
Acesso aos serviços de saúde					
Violência/insegurança					
Processo saúde-doença					
Abuso de drogas					
Autonomia/dependência					
Individualismo/cooperação					
<u>Síntese vertical</u>					

QUADRO IV – Síntese dos confrontos dos depoimentos do Grupo II – Representantes das políticas de assistência social e de saúde, Fortaleza-CE

Categorias Empíricas	Ent.1	Ent.2	Ent. 3	Ent. 4	Síntese horizontal
Acesso aos serviços de saúde					
Violência/insegurança					
Processo saúde-doença					
Abuso de drogas					
Autonomia/dependência					
Individualismo/cooperação					
Política social e as especificidades dos moradores de rua					
Intersetorialidade/fragmentação da política social					
<u>Síntese vertical</u>					

Na síntese horizontal, conforme pode ser visualizado no quadro, fizemos o confronto dos discursos dos entrevistados, referente a cada uma das categorias empíricas, atentando para as complementaridades, as divergências e as convergências em relação às idéias construídas. A síntese vertical proporcionou uma visão geral do conjunto do discurso de cada entrevistado.

Os dados oriundos da análise documental e registrados nos diários de campo não foram analisadas no interior dos quadros de análise; foram, na verdade, analisados de forma transversal e complementar aos dados resultantes das entrevistas.

c) Análise final

As etapas anteriores de ordenação e classificação facilitaram o processo final de análise. Após o confronto e análise das conexões entre os dados da entrevista, dos documentos e dos relatos de observação participante, partimos para uma análise final, confrontando os textos analisados com os referenciais teóricos adotados, ou seja, com as categorias analíticas definidas a priori. Foram as seguintes as categorias analíticas definidas:

I - As necessidades de saúde dos moradores de rua;

A partir das sínteses características de cada entrevista e de cada categoria empírica, analisamos as necessidades dos moradores de rua surgidas na pesquisa de campo, destacando a necessidade de acesso aos serviços de saúde, a necessidade de segurança diante da exposição constante à violência e às incertezas, a necessidade de cooperação ante ao individualismo presente na vida dos moradores de rua, a necessidade de superação do uso abusivo de drogas e a necessidade de autonomia.

II- Os desafios para as políticas sociais diante das necessidades dos moradores de rua

Após as discussões acerca das necessidades de saúde dos moradores de rua, buscamos discutir sobre as políticas sociais do município, em particular a política de saúde e a política de assistência para os moradores de rua que está em fase inicial de implementação, bem como os desafios presentes e futuros no que se refere ao atendimento das necessidades e especificidades dos moradores de rua.

Por fim, seguindo à análise final, e juntamente com o movimento circular de articulação entre o material empírico e as categorias teóricas, procedemos à redação do texto. Os dados empíricos foram tomados tanto como ponto de partida como ponto de chegada para

a compreensão e interpretação, de forma a destacar tanto as particularidades quanto as generalidades.

3.6 – Aspectos éticos e legais da pesquisa

Neste estudo, foram respeitados os preceitos éticos e legais que devem ser seguidos nas investigações envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da UECE. Os sujeitos da pesquisa foram previamente informados acerca dos objetivos e da justificativa da pesquisa, garantindo o anonimato, o livre consentimento e a opção de participar ou não da pesquisa. Todos os participantes leram e assinaram o termo de consentimento (ver Apêndices C e D).

Foram assegurados, também, o sigilo das informações e a privacidade dos sujeitos, de forma a proteger-lhes a imagem, evitando qualquer prejuízo. Foram também respeitados os valores sociais, culturais, religiosos e morais.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Necessidades de saúde dos moradores de rua de fortaleza

Algumas das questões surgidas nas informações coletados, no que tange às necessidades de saúde dos moradores de rua, remeteram à taxonomia das necessidades de saúde, discutida por Cecílio (2001). A taxonomia classifica as necessidades de saúde em necessidade de acesso, necessidade de vínculos com a equipe de saúde, necessidade de boas condições de vida e necessidade de graus crescentes de autonomia. Merhy (2007) acrescenta mais um tema a essa classificação, que consiste na necessidade de ser alguém singular com direito à diferença.

Buscando significar cada um desses temas, Merhy (2007) apresenta algumas idéias: o acesso seria a necessidade de consumir serviços de saúde (saberes, equipamentos e práticas) sempre que for preciso, de forma a intervir na qualidade e no modo de viver. A necessidade de vínculo, por sua vez, corresponde a ser bem acolhido em qualquer equipamento de saúde, tendo sempre uma referência de responsabilidade sobre o seu atendimento no sistema de saúde. Já no que se refere à necessidade de boas condições de vida, Merhy (2007) destaca a boa moradia, alimentação, transporte, lazer, meio ambiente adequado, viver em processos sociais de inclusão.

A necessidade de autonomia e autocuidado, por sua vez, corresponde à possibilidade de ser tratado como sujeito do saber e do fazer, com capacidade para dirigir seu próprio modo de andar a vida; enquanto a necessidade de ser alguém singular com direito à diferença tem como significado ser sujeito de direito e cidadão, ser respeitado em suas necessidades especiais, ser incluído.

Todos esses temas surgiram tanto nas entrevistas realizadas, como também nos registros de observação participante. Embora essa taxonomia não expresse situações reais da vida dos usuários, pretendemos tomá-la como referencial para a nossa análise, sem, no entanto, limitarmo-nos a ela, tendo em vista que, conforme pudemos extrair das informações coletadas, a vida concreta e as especificidades dos moradores de rua apresentam algumas questões

semelhantes às destacadas pela taxonomia acima referida e outras que se diferenciam dessas categorias, configurando necessidades específicas das pessoas em situação de rua.

O material empírico coletado levou-nos a refletir sobre as necessidades de saúde dos moradores de rua, de forma que compreendemos cinco grupos de necessidades: necessidade de segurança física e psicossocial, a necessidade de ser visto como um ser humano digno de respeito, a necessidade de cooperação e de coesão social, necessidade de autonomia e a necessidade de acesso aos serviços de saúde.

Nesse capítulo analisaremos o processo saúde-doença dos moradores de rua e às informações que remeteram às quatro primeiras necessidades elencadas. Já a necessidade de acesso aos serviços de saúde, por exigir uma articulação com as políticas sociais, será abordada no capítulo seguinte.

4.1.1 Os moradores de rua e o processo saúde doença

Investigar o processo saúde-doença junto aos moradores de rua demanda, por um lado, analisar os determinantes sociais desse processo característicos das condições de vida na rua; e por outro lado, essa análise permite conhecer um pouco mais a realidade em que vive essa população.

São vários os problemas de saúde decorrentes das condições de vida na rua. A respeito dessa questão, todos os entrevistados relatam ter algum problema de saúde, seja uma doença já diagnosticada, sejam questões relacionadas à saúde mental, seja a queixa de sintomas ainda não examinados (dores, manchas na pele, dentre outros).

Percebemos que, pela sua relação com a qualidade de vida e por influenciar o dia a dia do morador de rua, a violência aparece com um importante determinante social do processo saúde-doença. O risco de ser assaltado, agredido ou assassinado não é pequeno, gerando uma freqüente sensação de insegurança, medo, ansiedade, abandono, angústia:

Eu já. Já fui assaltado. Perdi quase um litro de sangue. Cheguei a ficar branco, azul, roxo. (Ent. 1, Grupo I)

Não é somente a violência que aparece como determinante do processo saúde doença, embora seja um fator muito presente. Um morador de rua afirma que de uma forma geral sofre muita pressão na rua, destacando a os problemas de saúde mental como sendo os mais graves. Os discursos convergiram em afirmar a respeito das dificuldades da vida na rua e

do nervosismo característico da vida na rua, cheia de perigos e incertezas. Uma das mulheres entrevistadas também utiliza exatamente a expressão “nervosismo”, para significar como se sente quando o companheiro começa a beber na rua:

Ah, mano, passando, assim, pelo banho, ignorando alguns dias que você esquece de tomar, ou lhe falta a oportunidade. É a parada assim: a maior saúde que você pode se preocupar é a mental, brother. A higiene mental é a primeira (...) Na rua é muita pressão. Você não pode mostrar pras pessoas, mas é muita pressão ali na cabeça. (Ent. 1, Grupo I)

Ah, é... o que eu sinto mesmo, sabe, é... é só mesmo assim, nervosismo assim à noite quando ele bebe, por exemplo, quando ele bebe eu já não... já não bebo como ele bebe pra justamente, eu penso no que houve já comigo né, durante a madrugada. Ai pronto, o meu problema de saúde é só aquele nervosismo. Aquele medo de, de... de dormir. (Ent. 9, Grupo I)

Foi. Só andando. Às vezes eu fico assim, dá uma doídice, eu vou passar sábado e domingo assim. Ando. Às vezes eu entro na igreja, vou na Assembléia de Deus. A minha vida é cruel mesmo. É assim desde... Minhas unhas eram grandes. De tantas vezes ficar nervoso, só falta comer os dedos. (Ent. 2, Grupo I)

Ao destacar problemas relacionados à saúde mental, não estamos necessariamente nos referindo a diagnósticos de transtornos mentais, por não ser esse o nosso objetivo, embora não seja difícil identificar na rua pessoas com transtornos mentais severos. Estamos apenas nos referindo às implicações negativas do modo de vida da rua para o bem-estar dos moradores de rua. Estudos anteriores, inclusive, destacaram a maior prevalência de transtornos mentais junto à população de rua em comparação à população em geral (LOVISI, 2000; HERCKERT e SILVA, 2002).

Lovisi (2000), por exemplo, realizou um estudo com moradores de albergues públicos do Rio de Janeiro e constatou que a incidência de transtornos mentais na população albergada é bem maior do que a da população em geral, especialmente distúrbios relacionados à dependência química. Mais adiante aprofundaremos a análise das informações referentes ao uso abusivo de drogas entre os moradores de rua aqui investigados. Em pesquisa semelhante, realizada em Juiz de Fora - MG, Heckert e Silva (2002) constataram a incidência de esquizofrenia entre a população de rua. Os autores chegaram a uma conclusão parecida com a de Lovisi (2000): “As pesquisas são unânimes em indicar que são freqüentes os diagnósticos de esquizofrenia entre a população de rua. A taxa que encontramos está bem acima da encontrada na população geral brasileira”. (HECKERT e SILVA, 2002, p.17).

Um dos problemas de saúde decorrente das especificidades da vida dos moradores de rua refere-se às implicações do uso freqüente de mochilas e sacolas junto ao corpo. O

discurso abaixo destaca as dores na coluna devido ao fato de muitos moradores de rua andarem com mochilas nas costas, por não terem onde deixar.

E fiquei andando, arrumei umas roupinhas. Foi se abrindo aí as portas. Abriu essa casa. Que era chato demais a gente andar com as coisas direto. Até hoje ainda sinto problema na coluna, de andar com a mochila. Mas eu sei que a vida é ruim. Assim, durante o dia até que é bom, que a gente anda. Mas quando chega a noite, está certo que a gente dorme ali. (Ent. 2, Grupo I)

Rodrigues (2005) ressalta a importância do corpo do morador de rua, tendo em vista que este é o que há de mais concreto no ser humano, e, no que tange à população aqui discutida, é a dimensão corporal um dos elementos que o identifica como morador de rua. A pele queimada do sol, áspera e muitas vezes prematuramente envelhecida, roupas sujas, pés inchados ou rachados, cabelos assanhados, cheiro de cachaça e suor são aspectos destacados como característicos do morador de rua.

Enfocar os determinantes sociais do processo saúde-doença não significa deixar de lado a dimensão biológica-corporal. O corpo é, de uma certa forma, a casa do morador de rua. Serve como suporte para carregar seus poucos bens tais como roupas e documentos. Mochila, saco ou sacola termina por se integrar ao corpo do morador de rua, configurando o que Rodrigues (2005) denomina “corpo-suporte”, ou seja, é junto ao corpo que o morador de rua carrega seus pertences. Com o tempo, problemas de postura e de coluna começam a se agravar:

O corpo é fundamental à sobrevivência do morador de rua, nele é carregado seus pertences e a sua vitalidade, sua memória, mas esse corpo também é frequentemente mutilado, doente, sujo. Como uma carapaça, uma blindagem, o corpo suporta as dores, as ações dos agentes externos, como o calor, as doenças, os ferimentos. É nesse sentido que podemos pensar o corpo do morador de rua como seu território de defesa, um escudo, uma capa, o seu primeiro território (RODRIGUES, 2005, P. 30)

A observação participante também permitiu verificar o adoecimento do corpo do morador de rua, como decorrência do “corpo-suporte”. Numa das andanças pelo centro da cidade, havia, na Praça do Carmo, um grupo de moradores de rua. Estavam aguardando a chegada da sopa das 19h. Um deles chegou para o pesquisador dizendo que gostaria de contar sua história de vida, mas não estava num bom dia, pois nem sequer agüentava manter-se de pé, por causa de fortes dores nas costas.

Os que são atendidos por instituições, tais como a casa da Pastoral do Povo de Rua, conseguem um armário para deixar seus pertences. Quanto aos que não conseguem, o risco constante de ser roubado os obrigam, por um lado, a estar sempre com os seus bens

junto ao corpo; por outro lado, os bens são constantemente vendidos, trocados, às vezes abandonados, caracterizando um desapego aos bens (RODRIGUES, 2005).

Com relação à alimentação e higiene, necessidades básicas que constituem importantes determinantes do processo saúde doença, os discursos destacam o apoio das instituições, mas também as dificuldades em satisfazer as necessidades nos fins de semana, quando as instituições estão fechadas. Durante a semana, há instituições que dispõem de banheiros para a higiene corporal, outras que distribuem alimento: o café e o almoço no CAPR e na Casa São Vicente de Paula, restaurantes no centro da cidade que doam as sobras do almoço, grupos que passam à noite nas praças distribuindo sopas, dentre outras.

Pior dia é dia de sábado pra domingo. Que aqui é fechado. Ai o cara tem que passar três dias, dois dias com uma roupa. Porque você não vai andar com roupa nas costas direto. Com a mochila. Eu sou um, visto uma roupa e pronto. Passo o sábado e o domingo, só troco na segunda (Ent. 2, Grupo I).

Não, antes eu almoçava num restaurante aí. Ainda estou almoçando aí num restaurante que tem... Num restaurante aí que a mulher me dá e tudo. (Ent. 7, Grupo I)

Ah, agora melhorou 100%, porque dificuldade já tinha muito, mas agora tá tudo mais mudado devido os esforço das casa que tão fazendo pra ajudar os moradores de rua, tá vindo bastante alimento. Tem noite que, que vinha só duas sopa, agora tem noite que vem três, quatro sopa, uma atrás da outra, dá roupa agora, que antes não era todos que dava roupa (...) O banho é porque tem as duas casas né, durante o dia, de manhã tem aqui, tem como a gente lavar roupa e estender; aí de tarde eu já saio lá pra Pastoral, lá na Pastoral eu já me ocupo em fazer merenda lá pros outros irmãos e já tem outro banho também. (Ent. 9, Grupo I)

Durante a semana, a alimentação não parece ser uma grande dificuldade. Apenas uma dos entrevistados queixou-se da quantidade insuficiente da alimentação oferecida no CAPR, dizendo que era muito pouco para as suas necessidades. Os demais não se demonstraram insatisfeitos com as refeições durante a semana. O entrevistado abaixo entende que se alimenta bem em Fortaleza, pois desde que chegou tem ganhado peso:

Por que... eu tô engordando de novo, pra quem perdeu 11 quilos. Tá até aqui o meu peso, quando eu fui dia 18. 76, quando eu pesei dia 18, já tô com 79, todo dia eu passo na balança ali, eu tô com 79. Tô progredindo, não tô? (Ent. 5, Grupo I)

Diferentemente da alimentação, o sono é considerado um dos principais problemas apontados pelos moradores de rua entrevistados. A dificuldade em dormir é significativa, não somente por conta do frio, desabrigo e possibilidade de estar exposto à chuva, mas principalmente pela insegurança, pelo risco de ser agredido pela polícia, vigilantes ou outro

morador de rua. A qualidade do sono fica comprometida em decorrência do medo de dormir ao léu:

A dificuldade mesmo que a gente tem é essa aí. De comer, de dormir no relento, né? É a dificuldade maior. (Ent. 6, Grupo I)

Ih, me sinto péssima. Eu choro. Meu Deus do céu, como é que pode uma pessoa morrer por nada? Por nada mesmo. É triste. Eu choro, eu tenho medo. Às vezes eu vou dormir... Tem vezes que eu não durmo, assustada. Porque outra vez um rapaz dormindo, o outro chegou, pegou uma pedra assim... Pegou a pedra aqui só derrubou na cabeça do cara. O cara morreu dormindo. Aquele pobre, nem sabe que morreu, né? (Ent. 8, Grupo I)

Onde eu durmo, em frente à tia Laura, a Casa da Sopa, faz um frio! Eu não tenho lençol, aí ontem eu dormi com essa bermuda, essa aqui, um frio danado! Aí boto o papelão e durmo. Tem uns que dorme aqui em frente o Banco do Brasil, aí é que faz frio mesmo, que o vento bate no prédio e desce pra baixo.(...) Ainda bem que lá não molha não, porque tem... É uma lojinha de revista lá, aí não molha não. Até que o homem pediu que não faça... Não defeca na frente da loja e não mija. Mija numa garrafa(...). Porque se não nós “perde” a dormida, né? (Ent. 2, Grupo I)

Mas eu ontem, assim... Ontem não consegui dormir não, estava com frio. E a gente também não consegue dormir não que... Por causa do... É um olho fechado, outro aberto. (Ent. 7, Grupo I)

A gente passa o dia aqui sabendo que à noite vai pra rua. O horário mais perigoso que tem é a noite, a rua, né? É ruim. (Ent. 8, Grupo I)

É. Praticamente nem dormir é, só cochila. (Ent. 9, Grupo I)

No que diz respeito à percepção de saúde pessoal e à concepção em relação à saúde, a maioria refere-se a adoecimentos por conta da vida na rua ou devido ao uso de drogas. A maior parte dos entrevistados relatou já ter contraído alguma doença ou pelo menos apresentado sintomas, tanto em decorrência do modo de vida na rua especificamente, como também associadas ao uso de álcool e outras drogas. Surgiram problemas como pneumonia, anemia, tuberculose, DST, diarreia, coceira, virose, dores, problemas de saúde bucal; são processos de adoecimento comuns às populações de rua, já destacado por outros estudos (ROSA ET AL, 2006; ARISTIDES e LIMA, 2009).

Rapaz tem muito tempo que... Você fica dormindo no relento. Peguei virose, dor no corpo, dor de cabeça, dor de todo jeito. Febre(...) Eu acho que por causa da frieza demais. Que a gente pega (...). (Ent. 2, Grupo I)

Eu a única coisa que eu tive de problema de saúde foi... um princípio de pneumonia devido a droga que eu peguei. Tive um princípio de pneumonia que tive que tomar vários medicamentos, tive que tomar soro e dar um tempo de droga, voltei pra casa dos meus familiares, pra mim não tá na rua pegando poeira, essas coisas (Ent. 3, Grupo I)

A minha saúde tá a maior paia, meu irmão! Tô com uma tosse doida aqui, parece tosse não sei nem de que, do capeta queimando meu pulmão (...) Já tô com quatro mês, meu

irmão. Ainda não me deu uma tuberculose mesmo não sei o porquê, mas... . (Ent. 4, Grupo I)

Foi dessas... é dessas mulher da rua, namorando sem preservativo, né? Namorando sem preservativo. Tava em tratamento, aí abandonei meu tratamento a uns... já... desde 2000... 2006, 3 anos que eu me afastei do tratamento, consegui de novo o meu tratamento aqui no São José(Ent. 5, Grupo I)

Eu tava com muita dor, sabe? Dor no corpo todo, sentindo febre direto (...) Eu tive esse problema de dormir na rua, esses “papelão”, tive coceira, essas coisas. (Ent. 6, Grupo I)

Com 15 anos que eu fui pra Febence, eu descobri que estava doente (...) Eu tenho uma doença no sangue, sífilis. Eu nasci com sífilis, só que minha avó me levou no tratamento e eu fiquei boa. Aí eu peguei novamente. E tava com problema também no útero, uma pequena raldura (Ent. 8, Grupo I)

Estou. Grávida, doente. Ave Maria! Meu Deus! Só Deus mesmo pra ter misericórdia de mim. A Elisângela se preocupa mais comigo por causa disso. Porque ele pode nascer cego, né? Aquilo da doença em mim. Mas a preocupação é só quando eu vou lá e falo e “desfalo”. (Ent. 8, Grupo I)

A trabalhadora do Centro de Saúde Paulo Marcelo, ao destacar as principais demandas percebidas por ela no atendimento ao morador de rua, converge em relação aos trechos discutidos anteriormente, indicando ainda casos de dengue e de busca por vacina anti-rábica, depois de serem mordidos por cães na rua:

Tuberculose é uma das maiores, outra é a parte de atendimento odontológico, outra as vezes o pré-natal, né. Agora que eu não vejo muito freqüente, já apareceu, mas é muito freqüente criança, e as vezes eles vem por conta de procedimentos rápidos, tipo curativo, retirada de pontos, vacinas anti-rábica animal e humana. Depois de serem mordidos eles buscam atendimentos. São as principais demandas. Ai assim, uma vez ou outra aparece um com febre ou com diarréia, ou com dengue. Na época da dengue aparece bastante também. Mas os atendimentos de uma forma geral são esses. (Ent. 4, Grupo II)

A concepção de saúde da maioria dos entrevistados consiste numa compreensão de saúde como não-doença, referindo-se aos problemas de saúde já vivenciados na rua. As duas falas abaixo destacam também, respectivamente, a saúde como prestação de serviços pelo governo e como meio ou recurso para trabalhar:

Ah, saúde pra mim, o governo não tá ligando pra saúde, não, o governo tá ligando, não. O governo tá mais preocupado é... com as manchete que sai nos jornal, é com relação as enchentes, aí quando tem um problema desse assim, aí que ele faz alguma coisa que é pra calar a boca do povo né, mas em relação a saúde, você chega num posto, você chega num posto pra ser atendido, não tem médico, não tem medicamento, é uma fila enorme, você tem que ter... você tem que ter documento, tem que ter isso e aquilo (Ent. 3, Grupo I)

Trabalho. De vez em quando eu trabalho. Não estou trabalhando agora porque... Problema de saúde, né? É num sei o que vascular, que as pernas engrossam, os pés incham. Aí quando eu melhorar mesmo vou começar a trabalhar de novo. (...)às vezes eu

arrumo trabalho, sabe? Não tenho trabalho porque estou meio doente, né? Mas estando bom, trabalho. (Ent. 6, Grupo I)

No que se refere ao cuidado com a própria saúde pessoal, surgiram duas questões principais: primeiro, a idéia medicalizante, na qual cuidar da saúde é tomar remédio ou buscar serviços de saúde; segundo, a necessidade de sair da rua para poder conseguir aderir a um tratamento e superar um problema de saúde:

Mas quando eu me recuperei, me expulsaram de novo, quando eu cheguei lá, eu disse: olha, tia, eu tô doente, tá aqui os meus papéis tudinho, eu tô... eu tô fazendo tratamento, eu tô precisando de repouso e eu queria que a senhora me arrumasse um quartinho só pra mim dormir. Ela disse: “Olha, tá aqui esse quarto aqui, mas você vai ficar aqui só pelo um tempo”. Quando chegou esse tempo que ela disse, eu tive que pegar as minhas coisas e sair pro meio da rua de novo, que ela, chegou o tempo ela disse: “Olha, eu vou precisar da casa, vou precisar do quarto aí, que eu vou mandar fazer uma reforma e você arrume as suas tralhas”. E foi por aí. Tá certo, não tem problema, não, eu vou voltar pra rua. (Ent. 3, Grupo I)

Eu enfrento por que eu não me abato com problema de saúde na rua, eu não me abato, eu corro trás, porque se eu me entregasse ia... Se eu me entregasse eu já tava... (...) Área de saúde, aonde eu chego é área de saúde, né? (Ent. 5, Grupo I)

Assim, procurando algum canto que me atenda, que me dê uma luz, assim, pra mim ir pra algum lugar, sabe? As vezes procurando remédio. (Ent. 6, Grupo I)

Ah, pra melhorar minha saúde eu precisaria só de um... Só disse mesmo. Só de um médico vascular mesmo pra mim concluir o que estou precisando. E só. (Ent. 6, Grupo I)

Ia lá só pra pegar os remédios e vale. (Ent. 7, Grupo I)

Essa concepção de cuidar da saúde como sendo tomar remédio ou se submeter à intervenção de um profissional de saúde remete à idéia de medicalização da saúde. Camargo Jr. (2007, p. 68) considera duas concepções acerca da expressão medicalização: a primeira diz respeito ao ocultamento dos conflitos que caracterizam as relações sociais e constituem um determinante da doença; a segunda refere-se à expropriação da capacidade de cuidado das pessoas em geral, em especial (mas não apenas) os membros das camadas populares, tornando-as dependentes do cuidado dispensados por profissionais, em particular (ou quase que exclusivamente, para alguns) médicos.

Percebemos a medicalização da saúde nos discursos dos entrevistados tanto no que se refere à não compreensão da relação entre as condições de vida que estão submetidos os moradores de rua e os processos de adoecimento; como também no que diz respeito a pensar o cuidado em saúde somente por meio de consultas médicas, atendimento nos serviços de saúde e ingestão de remédios. Não surgiram, nos discursos sobre saúde, a necessidade de transformação social e de superar as condições de vida atual.

Além de não relacionarem com as condições materiais de existência, também não destacam os aspectos imediatos do cuidado com o corpo físico. Quem vai fazer essa observação é, justamente, a representante do centro de saúde, que entra em contato cotidianamente com os moradores de rua e, ressalta a deficiência destes no que toca ao cuidado com o corpo.

É bem deficiente pela própria condição deles ne, assim, parece que as vezes a primeira necessidade é fazer algo em busca do alimento, o cuidado com o corpo fica mesmo em segundo plano, eles tentam as vezes buscar um lugar pra tomar um banho, pra fazer higiene, mas é como eu disse, pela própria condição deles se torna difícil, alguns tem até a preocupação, outros do jeito que está vai levando(Ent. 4, Grupo II)

O discurso acima dá a impressão de que os moradores de rua estão sempre sujos, maltrapilhos, mal cuidados; entretanto, nem sempre é essa a realidade, especialmente dos moradores de rua que freqüentam o CAPR e outras instituições que oferecem alimentação e higiene corporal. Numa das visitas à Casa do Povo de Rua (pastoral), uma moradora de rua tinha acabado de tomar banho; depois de se vestir, abriu seu armário e retirou produtos de beleza, tão valorizados entre mulheres. Passava creme pelo corpo e pelo cabelo, visivelmente bem cuidado, bem distante do estereótipo do morador de rua.

De uma forma geral, os resultados mostraram que, pelo menos quanto aos sujeitos que participaram da pesquisa, os moradores de rua se apresentam limpos e com roupas lavadas. Não quer dizer que não exista o “maltrapilho”, mas, tendo em vista que os participantes da pesquisa freqüentam instituições que fornecem banho e serviço de lavagem de roupas, eles diferenciaram-se desse estereótipo.

Relacionada ao cuidado com o corpo, bem como a todas as questões discutidas acima a respeito do processo saúde-doença, não podemos deixar de discutir acerca da problemática mais frequentemente apontada, o uso abusivo de álcool e de outras drogas. Tanto nos discursos dos moradores de rua, como nas falas dos representantes da gestão municipal, e também na observação participante, as drogas aparecem como uma questão central. Os problemas referentes à saúde-doença e a vulnerabilidade discutida pelos moradores de rua são intensificados pelo abuso de drogas. As drogas aparecem como sendo o motivo para agredir, ser agredido ou atropelado, para a dificuldade em conseguir dormir e se alimentar (especialmente com usuários de crack), bem como dificuldade em aderir a tratamentos de saúde.

(...) quando eu vinha muito doido lá na Avenida Abolição que o carro me bateu aqui, dois carros e uma moto, me bateu com meio litro de cachaça, que eu também já tinha bebido quatro litros e meio de cachaça. . (Ent. 4, Grupo I)

(...) que eu tô precisando mesmo, que eu não tô mais conseguindo dormir direito, hoje eu me acordei era duas horas pra amanhecer, tô dormindo aí agora. (...)É. Por causa do álcool, deve ser procedente do álcool, né? (Ent. 5, Grupo I)

Que eu mesmo não comia. Com a droga não queria saber de alimentação não. Queria saber só de estar usando ela mesmo, constantemente. (Ent. 6, Grupo I)

Se eu tô doente eu tenho que tomar remédio. Tô na abstinência, não vou beber. Mas quando eu... não se contenta, acaba toma uma, aí eu paro o remédio. (Ent. 6, Grupo I)

É, por que justamente por causa dele do meu companheiro que passou a noite bebendo a noite bebendo e eu passei a noite perdida de sono, nem dormi nem nada. (Ent. 9, Grupo I)

A vida na rua, combinada com o uso abusivo de drogas, contribui para degenerar a saúde de maneira que o corpo parece envelhecer mais cedo. A sensação pessoal de envelhecimento também surge prematuramente, como mostra o discurso abaixo, de um entrevistado com trinta e poucos anos de idade:

Eu aprendi aqui dentro, aqui dentro que chega um certo tempo que a pessoa tem que ter um rumo na vida da pessoa, só porque a pessoa vai passando de geração em geração, aí a idade vai ficando mais crescida, essas coisas. Então eu sinto que as coisas que eu fazia não era boa pra mim e hoje em dia eu já não tenho mais aquele pique que eu tinha antes pra fazer, tá entendendo? Eu já tenho 34 anos de idade, eu não aguento mais dar uma corrida, eu não aguento mais correr como eu corria antigamente, eu não aguento é... apanhar, eu não aguento mais, por exemplo, se eu vou fazer alguma besteira que eu fazia antigamente, eu chegar ser pego pela mão da polícia, eu não vou aguentar o pau que eles vão dar em mim, tanto é que na idade a droga também já acabou com parte do meu corpo né, da minha saúde. (Ent. 3, Grupo I)

O discurso da representante do CAPR, transcrito abaixo, destaca a vulnerabilidade da saúde dos moradores de rua, como decorrência do uso de drogas. Doenças infecciosas contraídas por moradores de rua por conta dos danos causados pelo abuso de álcool e de outras drogas:

Olha, a questão das doenças sexualmente transmissíveis. AIDS. Doenças como pneumonia, tuberculose, que têm muito a ver também com a questão do uso das drogas, principalmente o crack. Porque eles compartilham aquelas latinhas, e aquelas latas elas... Por exemplo, a tuberculose, se não me engano é de muito fácil, é de fácil transmissão, né? E aí eu acho que isso tudo... E também as DSTs pela questão do não uso de preservativo, mas também muito pela questão do compartilhamento das latas. Que toca os lábios, aí transmite pro outro. HIV, né?(Ent. 3, Grupo II)

Também relacionado ao uso de álcool e drogas, e de uma forma geral à vivência na rua, percebemos em muitos moradores de rua comportamentos considerados de risco. Ainda assim, o estilo de vida dos moradores de rua não é, a nosso ver, o principal determinante do adoecimento. Enfocar o estilo de vida como um importante fator que determina a saúde e a doença coloca no indivíduo a responsabilidade única pelo seu

adoecimento, desconsiderando o complexo processo de determinação. Conforme discute Batistella (2007, p. 61), a “responsabilização das pessoas por estilos de vida ‘não-saudáveis’ tenderia desviar a discussão de fatores sociais, ambientais, econômicos e sobre as condições de trabalho que influem fortemente no processo saúde-doença”.

O que acontece é que o envolvimento de álcool e outras drogas surge como a principal problemática discutida pelos moradores de rua. Não queremos dizer que usar droga seja somente um problema, quando em muitos casos acaba sendo solução. As pessoas em situação de rua, por exemplo, precisam andar por várias quadras todos os dias. Alguns se referem à dificuldade em andar tanto sem estar alcoolizado.

Na percepção do entrevistado 1, grupo dos moradores de rua, beber e ingerir drogas de uma forma geral serve como uma válvula de escape diante das pressões e adversidade que caracterizam a vida do morador de rua:

Ô louco! Só o convívio que você tem, assim... Você tem que ter uma válvula de escape. Enquanto que as pessoas que trabalham, têm suas casas, precisam de um Carnaval, precisam de um (...), precisam de uma rave, precisam de uma boate, precisam de umas coisas pra beber e pra dançar e jogar as coisas amontoadas, a gente tem que ter também esses momentos. (Ent. 1, Grupo I)

Todos os entrevistados do grupo I destacaram o envolvimento com álcool e/ou outras drogas.

Rapaz, eu gosto de beber, eu gosto de fumar maconha, cheiro, já fumei pedra. Mas não estou nem aí não. (...) Meu negócio é beber. (Ent. 1, Grupo I)

Porque em termo de drogas, essas coisas, eu não uso não. Só birita, eu tomo umas. E fumo o pé duro, que é o pacai, né? (Ent. 2, Grupo I)

Eu comecei a usar drogas, eu comecei usar maconha, depois da maconha eu passei pra cocaína, naquela época não existia o crack (...) (Ent. 3, Grupo I)

O álcool, ah, meu álcool, primeiro o álcool. Aí é mesclado, mesclado e cachimbo. Não gosto de lata, não. Eu mesmo faço os meus cachimbo. (Ent.4, Grupo I)

Usei crack desde a época que apareceu o crack em Fortaleza, que eu usei. (Ent. 6, Grupo II)

Já me envolvi com drogas, mas hoje, graças a Deus está com... Já vai fazer já uns oito meses que eu parei de me drogar. Agora, bebida, já está com 12 anos que eu parei de beber. (Ent. 6, Grupo II)

Eu “bebe”, eu fumo. Mas também que eu sou mais viciado mesmo é na maconha. De vez em quando assim eu caio na pedra também, aí dou só uma pancada, saio fora. Aí eu fumo mela também, pronto.(Ent. 7, Grupo II)(...)

Alcool. Assim, quando ele começa a beber, aí eu vou, mas, mas eu só entro mesmo assim na bebida com ele quando eu quero, quando eu não quero, eu não... eu saio porque que ele quando tira pra beber ele passa uma semana bebendo, por isso que eu... (Ent. 9, Grupo I)

São vários os danos causados pela ingestão abusiva de drogas percebidas pelos moradores de rua. Além das conseqüências negativas para a saúde pessoal, conforme já discutimos anteriormente, outras conseqüências decorrentes do uso freqüente de drogas foram mencionadas. O discurso do entrevistado abaixo ilustra a perda de um barraco e a conseqüente separação da família. Esse sujeito tinha conseguido passar um tempo “fora” das ruas, tendo inclusive constituído família.

E nós conseguimos comprar uma barraquinha pra nós lá no Bom Jardim, em conseqüência do crack a gente, pra usar o crack tivemos que vender, fomos morar com a mãe dela e a mãe dela passava as coisas na minha cara e tudo, tal. (...)Aí foi indo, foi indo, aí apareceu essa desgraça do crack aí, aí pronto, acabou com a nossa vida, nós tivemos que separar, hoje em dia ela vive com outra pessoa, ela vive com outra pessoa, já tem filho com essa outra pessoa(Ent. 3, Grupo I)

Eu já tinha idade pra caramba, eu tava com os meus dezoito anos. Eles me pegaram... possuía cédula, acabei tudinho em cocaína; cocaína, mulher, e jogo, bingo, de máquina caça-níquel, droga, essas coisas. Acabei com tudo. Tinha carro, moto, relógio, os melhores relógios, os melhores perfumes do planeta, Brasil, Estados Unidos, tudo. Fui, fui, fui e... (Ent.4, Grupo I)

A droga aparece como determinante tanto para a ida para as ruas, condicionando conflitos, separações e rupturas familiares, como também para o retorno definitivo à rua, em casos nos quais a pessoa consegue superar, pelo menos parcialmente, a situação de rua. Numa das visitas ao CAPR, quando o pesquisador estava fazendo uma entrevista, aproximou-se um rapaz, com aparência de cerca de 20 anos de idade, confessando que estava há dois dias na rua e que saiu de casa para evitar maiores conflitos com os familiares, pois temia chegar num ponto em que tivesse que roubar os objetos de sua residência para vender e conseguir dinheiro para comprar drogas.

Outros danos percebidos sugerem a relação entre álcool e violência. Alguns discursos relatam que muitos moradores de rua cometem violência contra os colegas quando estão “bêbados” ou “drogados”. O trecho abaixo mostra um dos entrevistados confessando que a droga o fez tratar mal os outros. Esse morador de rua conseguiu parar de usar drogas, sendo atualmente um dos líderes dos moradores de rua, representando a categoria na Comissão do Fórum do Povo de Rua, organizado pela Pastoral do Povo de Rua.

Eu fazia mal aos outros, tomava as coisas dos outros. Ai eu estava me sentindo mal com aquilo, ai eu parei. (...). Ai eu me senti mal porque maltratava as pessoas por causa das drogas, me maltratando. Ai eu parei. (Ent. 6, Grupo I)

No que diz respeito à associação entre uso de drogas e os atos de violência, temos que avaliar toda a complexidade que caracteriza essa relação. Em artigo sobre a relação entre drogas, álcool e violência, Minayo e Deslandes (1998) abordam exatamente essa complexidade, argumentando que, apesar de evidências empíricas que mostram o uso de álcool e outras drogas como fator de risco para a violência, a importância dessas substâncias depende de fatores individuais, sociais e culturais.

Conforme essas autoras, ainda que existam dados que mostrem a relação entre drogas e agressões, não significa que essa relação seja de causalidade. Antes de dizer que as drogas são responsáveis por atos violentos, é preciso analisar várias dimensões da violência e do uso de drogas, incluindo o contexto social e comunitário, as normas culturais e os aspectos individuais, sem reduzir o fenômeno a nenhuma dessas dimensões isoladamente: “Os segmentos e o contexto influenciam a escolha de substâncias, comportamentos e normas, interpretação da situação e a probabilidade de acontecerem agressões. É preciso tomar o contexto em consideração, sobretudo quando se trata de situações de alto risco” (MINAYO e DESLANDES, 1998, P. 40)

No caso da violência e do uso de drogas entre os moradores de rua, apesar de os dados sugerirem essa relação, na podemos deixar de enfatizar que a vida na rua é caracterizada por contextos que estimulam a violência e que facilitam a agressão. O uso de álcool e de drogas ilícitas, bem como a questão do tráfico ilegal, fazem parte desse contexto, o qual, no entanto, não se reduz à ingestão de substâncias tóxicas.

Podemos destacar ainda, como decorrência dos efeitos da droga e da bebida, a perda de documentos, o risco de ser furtado, a não adesão a tratamentos de saúde, a evasão em cursos promovidos pelas instituições governamentais ou não-governamentais bem como o envolvimento com crimes. Além de todas essas conseqüências, há também a relação entre o álcool e a má qualidade da alimentação, contribuindo, conseqüentemente, para agravar mais ainda os danos à saúde. As falas seguintes destacam alguns desses aspectos:

Abri o prontuário, peguei meu remédio, pra você ver o que é que o álcool fez. Me deslocou tanto que tô com a receita aí e não fui pegar o remédio. Esse remédio que...(Ent. 5, Grupo I)

Como semana passada, o cabra pegou em 800 “real” que roubou da moça, gastou todinho em pedra(Ent. 2, Grupo I)

... Não só os cursos profissionalizantes, mas todas as atividades que a gente desenvolve. Eles não têm uma assiduidade. E a gente avalia que uma das grandes dificuldades de eles se manterem nas atividades, de serem assíduos, é a questão da droga (Ent. 3, Grupo II) (...) comecei a me misturar com pessoas que, assim, chegavam era com arma perto de mim e tudo, dava a arma pra mim guardar, me emprestava arma também só pra mim ficar andando com ela pra cima e pra baixo, deixava as armas comigo depois voltava e pegava. Aí quando foi um dia me chamaram pra nós ir fazer um assalto pra nós arrumar dinheiro pra nós cheirar cocaína. (Ent. 3, Grupo I)

Outro discurso percebido junto aos moradores de rua (não somente os que participaram da entrevista) é a relação entre álcool e drogas e o dispêndio excessivo do pouco dinheiro conquistado, seja com trabalho, bolsa-família, benefícios previdenciários ou assaltos:

É. Pois passo 30 dias às vezes sem beber, quando eu pego o trocadinho que é do meu benefício, que eu tenho benefício, né. . (Ent. 5, Grupo I)

Alguns relataram a vontade de parar de usar droga, esbarrando na dificuldade como decorrência não só da dependência química e do bastante freqüente uso de crack entre os moradores de rua de Fortaleza, como também da facilidade de acesso à droga na rua e do próprio fato de estar na rua, convivendo continuamente com outros usuários de drogas. Os discursos abaixo, por exemplo, referem-se à dificuldade em manter o tratamento no CAPS por ter que retornar ao ambiente da rua, vendo os colegas usando a droga ou bebendo:

Eu fui e disse assim: doutora, mas lá onde eu fico não vai adiantar eu tá fazendo tratamento, no caso durante o dia, e à noite eu vou conviver no mesmo, no mesmo ritmo no meio de outros colegas usando droga, eu vou ver eles usando droga, é claro que vai me dar vontade de eu usar droga também. Aí ela foi que... aí: “Mas primeiro vamos procurar um abrigo pra você” (...) À noite eu vou pro meio da rua, eu vejo os cara lá usando droga e me dá vontade de usar(Ent. 3, Grupo I)

Porque a gente fica perto de quem bebe, você tem que se afastar, que às vezes o cara: “Toma uma!”. Às vezes não quer beber, mas o cara: “Toma uma! Toma uma!”. Aí fica aquele negócio de “toma uma”, aí você vai tomar uma e não para. Aí quando toma mais dois três dias. É dois, três dias, aí para. Dois, três dias. Então assim... . (Ent. 5, Grupo I)

Não, eu também quero parar, sabe. Eu quero ir pra um interno. É difícil aqui na rua conseguir parar de usar droga. Todo sábado, todo mundo vira bruxo. Todo mundo. Não escapa ninguém da bruxaria do dia de sábado. Todo mundo bebe, fuma pedra. Sábado é o tipo de... É o dia da bruxaria pra nós tudinho aqui. Fuma pedra, bebe cachaça, rouba. Todo mundo. Todo mundo! Sábado é sagrado. (...)Bruxo é porque fica muito doido. Fica muito doido, passa a noite acordado, fumando pedra, andando de um lado pro outro atrás de dinheiro, atrás de alguém pra roubar (Ent. 8, Grupo I)

Estudo realizado junto a ex-acolhidos num abrigo religioso, no município de Fortaleza, discutiu sobre o uso abusivo de álcool entre a população de rua, compreendendo que, entre moradores de rua, desenvolve-se a constituição de uma identidade associada ao álcool (ESMERALDO, 2007). O álcool e as demais drogas, especialmente o crack, aparecem

como um grande entrave na vida dessas pessoas. Os discursos abaixo revelam que qualquer mudança de vida para essas pessoas pressupõe a capacidade de superação do uso abusivo dessas substâncias; o primeiro passo para construir um novo projeto de vida e de futuro é deixar de usar droga ou de beber.

Rapaz, eu uso, mas eu tô fazendo o máximo possível pra mim deixar, que antes eu usava todo dia, hoje em dia eu... eu tô fazendo, eu tô aqui vendo uma regra, eu fiz um... um projeto pra mim é... diminuir mais porque o viciado ele sempre é viciado, ele nunca deixa, (...) ele para, dá um tempo. Então eu tô, eu tô, eu tô consumindo, mas pouco, antigamente eu usava todo dia, aí que passei a usar, por exemplo, eu usava todo o dia durante o dia todinho, aí já quando eu passei a... nesse projeto que eu comecei a fazer, projeto de vida que eu comecei a fazer aqui dentro, pelo menos tentei fazer um projeto de vida na minha vida também, rapaz, eu vou fazer um projeto de vida com relação as drogas. (...) E eu quero, eu quero, eu quero... eu quero fazer a meta vê se eu passo a usar uma vez por mês só. Eu quero atingir uma meta pra vê se eu passo a usar uma vez por mês (Ent. 3, Grupo I)

*É. Fui pra rua por que... eu tenho uma barreira muito forte na... na minha... na minha frente, mas eu vou derrubar essa barreira que é o álcool. Álcool. (Ent. 5, Grupo II)
Mas a única droga é o álcool, é cachaça! Mas eu vou me livrar dessa barreira. Eu tenho um projeto de vida a. (...) E outra coisa, reconstruir a minha vida de novo né, tá marcado esses exames, é dia 15, aí dentro tá o cartão, o cartão e a minha marca da consulta, vê, tá aí dentro. (Ent. 5, Grupo II)*

Em muitos casos, os danos à saúde associados ao uso freqüente de drogas chegam a um grau tão avançado que o sujeito simplesmente não agüenta mais continuar ingerindo substâncias psicoativas, passando um tempo sem beber ou fumar. Vários moradores de rua, especialmente os que estão há muito tempo na rua, alternam períodos em que vivem na rua com períodos em que são acolhidos em albergues ou alugam um “barraco”, como forma de “dar um tempo” da rua ou até de tentar viver “fora” da rua. A ingestão de drogas leva o morador de rua a um limite no qual ele acaba por decidir passar um tempo “fora” das ruas.

Hoje em dia eu tô devagar, doido. Tô devagar porque eu tava usando demais, o pulmão tá doente. (Ent.4, Grupo I)

Apesar das dificuldades no que diz respeito à possibilidade de se afastar das drogas, há exemplos de pessoas que conseguem passar um bom tempo sem beber ou usar drogas, mesmo estando na rua. O entrevistado 6 relata que está há oito meses sem usar drogas:

Já me envolvi com drogas, mas hoje, graças a Deus está com... Já vai fazer já uns oito meses que eu parei de me drogar. Agora, bebida, já está com 12 anos que eu parei de beber. (...). E vai fazer oito meses que eu não uso mais droga. De maneira alguma, nem maconha, nem crack (...) Decisão minha mesmo. Que eu vi que eu... Não estava dando certo, eu estava me afundando. Tudo o que eu arrumava era pra droga, estava fazendo coisa errada demais. (Ent. 6, Grupo II)

Esse mesmo participante refere-se à mudança na sua forma de ver o mundo e de se relacionar com as pessoas, depois de ter parado de usar drogas. Isso leva a crer que superar a situação de rua depende, realmente, em grande parte, da superação da dependência química. Não significa que o único obstáculo para superar a situação de rua seja a droga, nem que conseguir parar de usar drogas garantirá de forma automática que o sujeito construirá outros modos de viver; no entanto, as drogas constituem um dos principais entraves tanto para a possibilidade de voltar à família ou a morar numa casa, como também para promover a saúde pessoal.

Agora é melhor, né? Eu estou vendo o mundo de outro jeito, eu tenho amor pelas pessoas, não sou mais uma pessoa “mau”, como eu era antigamente. Sou uma pessoa boa, graças a Deus. (Ent. 6, Grupo II

4.1.2 A exposição às violências e a necessidade de segurança

No discurso dos moradores de rua e dos representantes das políticas municipais, a violência é rotina na vida da população em situação de rua. A esse respeito, todos os moradores de rua entrevistados relatam terem vivenciado ou presenciado cenas de violência cometida por eles, contra eles ou no mínimo contra algum colega em situação de rua. Os discursos convergiram em indicar a violência como uma das questões mais presentes na vida do morador de rua. Os mais diversos tipos de violência surgiram nos discursos dos entrevistados, bem como nas conversas informais possibilitadas pela observação participante.

Com o objetivo de auxiliar-nos na compreensão da categoria violência na vida dos moradores de rua, faremos uso dos conceitos e análises discutidos por Martin-Baró (1985), Minayo (1994b), Minayo e Souza (1998), Machado e Noronha (2002) e Guareschi et al (2006).

Martin-Baró (1985) define violência como um conceito mais amplo do que agressão; o primeiro termo expressa fenômenos ou atos nos quais se usa excesso de força, já agressão é um conceito mais limitado, referindo-se aos atos de violência com os quais se busca intencionalmente causar algum dano a outra pessoa. Um dos pressupostos destacados por Martin-Baró (1985) no que se refere à violência é a sua multiplicidade de formas de manifestação.

Minayo e Souza (1997, p. 514), definem-na como: “(...) ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que

afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual”, ressaltando, da mesma forma que Martin-Baró, a multiplicidade do conceito, sendo mais adequado falar em “violências”, no plural.

Considerando a pluralidade e a polissemia do conceito de violência, gostaríamos de discutir sobre duas classificações, como forma de facilitar a compreensão da concepção que adotaremos. A primeira distingue três grupos: a violência estrutural, a violência da resistência e a violência da delinquência (MINAYO, 1994b).

A violência estrutural diz respeito àquela exercida pela estrutura social sobre os grupos e indivíduos, incluindo-se aqui tanto as estruturas organizadas e institucionalizadas da família como também os sistemas econômicos, culturais e políticos, os quais oprimem indivíduos, grupos, classes e nações, negando-os o usufruto das conquistas sociais. Violência estrutural é aquela exercida por todo o ordenamento social, violência da sociedade enquanto totalidade. (MARTIN-BARÓ, 1985). A violência da resistência representa as diversas formas de resposta de grupos, classes e indivíduos vítimas da violência estrutural, sendo geralmente objetos de repressão por parte dos detentores do poder político, econômico e /ou cultural. Já a violência de delinquência corresponde aos atos legalmente definidos como crime. Segundo Minayo (1994b), para compreender a delinquência é necessário analisar a violência estrutural, que tanto impele os indivíduos a confrontarem-se uns com os outros, como também impulsiona ao crime.

A outra classificação destaca três perspectivas no âmbito da violência, discutidas por Guareschi et al (2006): A violência direta, a violência indireta e a violência simbólica. A primeira diz respeito aos atos físicos com prejuízo premeditado, característico, por exemplo, dos danos físicos resultantes de luta corporal. A segunda, a violência indireta, refere-se a todos os tipos de coerção ou agressão que resulte em prejuízo psicológico ou emocional. Ocorre, por exemplo, quando a pessoa é destituída de possibilidades de reação. Já a violência simbólica ocorre no âmbito institucional, caracterizada por relações de poder, como, por exemplo, atos de discriminação, impedindo a livre ação e consciência dos indivíduos.

A análise da violência presente na vida dos moradores de rua só pode ser realizada considerando a polissemia do conceito, suas várias formas de manifestação, bem como o contexto histórico-social que a determina. A compreensão da violência não se esgota na dimensão individual, de forma que é impossível entender a violência fora do contexto social em que ela é produzida, sem considerar os marcos das relações econômicas, políticas e sócio-culturais específicas (MARTIN-BARÓ, 1985; MINAYO e SOUZA, 1997).

As informações coletadas nos levam a reforçar a pluralidade das formas de expressão da violência, de maneira que temos que falar das “violências” características da vida das pessoas em situação de rua. Destacamos, assim, a violência sofrida pelo morador de rua, seja sob forma de agressões físicas ou discriminações; violência entre moradores de rua, traduzida em delitos cometidos entre eles, roubos, agressões físicas e assassinatos; a violência sexual, sofrida especialmente por mulheres; a violência associada ao uso de álcool e outras drogas.

A descrição que mais nos pareceu adequada e que melhor traduz essa problemática é a seguinte, colhida na entrevista junto a um dos moradores de rua entrevistados. E aqui estamos falando da violência física e da possibilidade constante de agressão física contra e entre moradores de rua:

Eles só falam disso, velho. A gente fala muito de violência, mano. É muita violência. A violência na rua ela não é uma coisa banalizada, ela é uma coisa que está toda hora, assim. Toda hora, toda hora, toda hora mesmo. (Ent 1, Grupo I)

Das várias formas de violência que fazem parte da vida dos moradores de rua, uma delas é exatamente a discriminação, não somente da sociedade em geral, mas inclusive em serviços públicos, como, por exemplo, em unidades de saúde. Na fala abaixo, o entrevistado tenta mostrar como é a experiência de ser atendido num serviço de saúde sem portar nenhum documento. Ele diz que, por não ter documento, é logo confundido com um criminoso:

Rapaz, não tem como falar não (...). É só vivenciando a parada, pra você ver como é o barato. Tipo, você ficar sem nenhum documento e se um dia se machucar, você ir procurar ser atendido sem nenhum documento. Aí você nota o que eu estou te falando. Já vão pensar logo um monte de coisa antes de cuidar da tua saúde. (...) Mano, pensam tantas coisas! Primeiro as perguntas bestas, como foi que você se machucou e pá, e tudo. Não sei o que, você estava roubando. Aí pronto. É por aí que... (Ent 1, Grupo I)

Acontece com frequência de a pessoa em situação de rua ser visto como um marginal, assaltante, traficante ou “drogado”, constituindo expressões da violência indireta, tendo em vista as relações de poder existentes nos serviços de saúde, entre profissionais e usuários, por exemplo. Os moradores de rua, na medida em que são vistos de forma estereotipada, como um criminoso ou “drogado”, são negados em seu direito de acesso ao serviço de saúde, muitas vezes sendo obrigado a ocultar a identidade de morador de rua. O discurso abaixo ilustra essa idéia, no qual um dos participantes da pesquisa relata fingir que não é morador de rua com o objetivo de evitar qualquer discriminação:

Por que o morador de rua ele é muito discriminado, todo mundo pensa que é assaltante, é traficante, não é nem usuário de drogas, pensa logo que é traficante, eles já pensam que você é um(...)Então eles perguntaram, pediram os meus dados, eu dei, pediram informação todinha, eu dei, endereço, aí eu fui e dei o endereço lá da casa da minha tia. Aí eles pegaram, me atenderam bem, pronto, mas... se eu fosse, eu acredito que se eu fosse um morador de rua eles não ia atender com tanto... com tanto prazer como... como uma pessoa que tem casa. Que é assim, tu é um morador de rua, tu é um cachorro, tu é ninguém, eles não iam... eles poderiam até me atender, mas não ia atender com a atenção que eles atendem as outras pessoas, né? (Ent. 3, Grupo 1)

É necessário, aqui, delimitar a diferença entre preconceito e discriminação. Conforme discutido por Girogetti (2006), preconceito refere-se a atitudes negativas em relação a uma grupo ou categoria social; já a discriminação diz respeito ao comportamento dirigido contra os indivíduos que são vítimas do preconceito. Não há necessariamente um vínculo automático entre preconceito e discriminação; pode haver o primeiro, em termos de representação, sem obrigatoriamente resultar num comportamento discriminatório. Por outro lado, pode haver discriminação sem ser precedida por um preconceito assumido.

A discriminação, entretanto, não deve ser analisada simplesmente em seu aspecto psicológico, mas também a partir das relações de poder, especialmente político e econômico e social, como também as desigualdades entre as classes sociais e as relações de dominação existentes na sociedade também determinam o surgimento de atos discriminatórios (GIRGETTI, 2006). Assim, a discriminação não decorre somente de representações preconceituosas, mas surge também como estratégia de manutenção da ordem social e de privilégios de certos segmentos sociais no poder: “A nosso ver, quanto maior o fosso entre as classes sociais maior a probabilidade de prevalecer entre elas atitudes de discriminação com base no interesse, isto é, na manutenção e na conquista de privilégios (GIORGETTI, 2006, P. 64)”.

Os moradores de rua, que estão submetidos a um processo de injustiça social, ilustram esse fosso entre as classes sociais, sendo vítimas constantes da discriminação, tanto por parte da sociedade em geral e também de alguns representantes do poder público, como trabalhadores de serviço de saúde, conforme já discutimos, e também polícia e guardas municipais, tema a ser aprofundado um pouco mais em breve.

O relato de diário de campo, transcrito brevemente abaixo, mostra de que forma os moradores de rua sentem o preconceito e a discriminação que sofrem nas ruas:

Fui ao parque das crianças, onde fui logo reconhecido por um dos usuários do CAPR, o Jonilson². Estava ele e outro, que mais tarde fiquei sabendo que está na rua há apenas dois meses. Jonilson comentou da discriminação que sente na rua. Que muitas vezes as pessoas atravessam a rua para não passar por ele (com medo de ser roubado). Disse que já abordou uma mulher que fez isso dizendo que ela teve sorte porque era ele, mas ela poderia encontrar um pior do que ele. (Diário de campo, 07/10/2009)

Já o discurso a seguir refere-se à “violência social” como o pior tipo de violência sofrida. Ser visto como um “morador de rua”, como um “marginal”, rotulado como uma pessoa sem valor na sociedade é uma violência percebida por vários moradores de rua:

A maior de todas é a social. Só o fato de você ser chamado de morador de rua... Alguém poderia te chamar de underground, urbano, punk, hippie, viajante, até de nômade. Mas morador de rua é um nome feio, velho. Morador de rua. O cara que mora na rua é o cara que fica direto no asfalto, irmão. Quem mora na rua é asfalto, é poste. Ninguém mora na rua não, não é doido. Até quem vive na rua precisa de um espaço. No mínimo pra dormir. (Ent 1, Grupo I)

É. O fato de você estar na rua, você já ganha o título de marginal. Ganha o título de perigoso. Porque marginal, todo mundo que está na rua é marginal. Está à margem dela. Independente de ter casa ou não, estando na rua é marginal. (...) tem gente que você vai conversar, assim, ela já te olha tudo torto, atravessado, nossa, tem medo, segura a bolsa. (Ent 1, Grupo I)

A “violência social” a que se refere o discurso acima transcrito aproxima-se da idéia de violência estrutural associada à violência simbólica; não se limita apenas ao fato de ser chamado de morador de rua, mas de ser visto como uma pessoa inferior. Ser representados como vagabundos, mal-cheirosos, bêbados e descartáveis. Tudo isso é percebido e sentido como um ato de violência por muitos moradores de rua.

Ainda que diversos moradores de rua pesquisados apresentem queixas de preconceito e discriminação, a violência física, ou o risco de agressões físicas, a que eles estão rotineiramente submetidos, ameaça gravemente sua saúde e integridade física e mental. Mesmo que um participante tenha relatado nunca ter sido agredido desde que foi morar na rua, ainda assim pudemos perceber uma forte sensação de insegurança. O entrevistado 6, que confessa nunca ter apanhado na rua, refere-se à vida na rua como sendo perigosa. O risco de ser agredido, roubado ou até assassinado é significativo:

É perigosa, né? A vida na rua é cheia de perigo. (...) Perigo de tudo. É você morrer de uma hora pra outra, alguém chegar e lhe matar à toa, porque tem os maldosos, né? Que nem acontece com os meus parceiros aí. De vez em quando os caras estão tacando pedra na cabeça dos outros e matando os outros aí. (Ent. 6, Grupo I)

Desde nossa inserção no campo de estudo, tanto no CAPR, como na rua ou na Casa do Povo de Rua (Pastoral), percebemos a frequência de temas e de cenas de violência

² Nome fictício

entre os próprios moradores de rua. Brigas, roubos, ameaças, agressões físicas e até mesmo assassinato. Nos dados oriundos das entrevistas, todos os participantes relataram terem sido vítimas ou atores de alguma forma de violência, seja agressão, roubo ou assassinato.

Aí. Guarda as coisas ali, um vai e leva. (...) Levaram semana passada a minha bíblia, rapaz. Aí complica. (Ent. 2, Grupo I)

Já fui roubado dormindo, leva o meu rádio, os meus trocados (Ent. 5, Grupo I)

A gente tem que estar atento, né? Se deixar na bobeira o pessoal leva. (Ent. 6, Grupo I)

Que aqui na rua tem um bocado de irmãozinho que tem... Tem um bocado de irmãozinho que é de bem, mas tem um bocado aí que gosta de fazer besteira com os irmãozinhos de rua. Aí roubam chinelo dos irmãozinhos. Os irmãozinhos dormindo, roubam chinelo, roubam é tudo dos irmãozinhos aqui da rua. Os caras... Que esses caras que moram assim na rua é pra ficar tudinho na paz, mano. O negócio dele quer ver é miséria. Isso que eles “quer” ver. Pra ficar tudinho na paz... (Ent. 7 Grupo I)

Aí quando foi um dia eu tava dormindo, tava dormindo, aí quando eu me acordei foi uma paulada na minha cabeça, quando ele puxou, que eu olhei pra trás, era ele, tava com uma pedra, pedra de bloco, de pau na mão, ele disse: “Ei, eu vou te matar agora!”. Aí foi que eu botei a mão aqui assim, quando eu olhei o sangue desceu, aí tava com um blusão de capuz, peguei o blusão, botei o capuz aqui, peguei o blusão, amarrei, aí começou a sair sangue, aí eu... eu corri. Aí corri, aí cheguei lá na casa, ligo pro bombeiro, aí caí, aí desmaiei. Aí fui pro hospital, ponteei tudo, aí voltei pra beira-mar de novo, passei um bocado de tempo com o olho roxo, inchado dos pontos, aí foi isso (Ent. 3, Grupo I)

É faca, é gogó de garrafa, é espeto de churrasco, tudo isso é arma de morador de rua, pedra, pedaço de pau, tudo isso é arma. Pra morador de rua tudo isso é arma e aí pode fazer uma onda com você, pode pegar você de costa, você desprevenido, pode pegar você dormindo, tá entendendo? Pode pegar você na covardia porque da covardia nem Jesus se livrou. Mas você tem que ter muita fé Nele, se quiser parar e lhe livrar desses caminhos(...) (Ent. 3, Grupo I)

É as pessoas que dormem entre nós mesmo. É uns matando os outros. (Ent. 8, Grupo I)

Muitas vezes a violência apareceu nos discursos associada ao uso de drogas, tanto nas entrevistas como na observação participante. Seja no sentido de que muitos agredem outros moradores de rua quando estão bêbados ou sob o efeito de drogas, ou no sentido de que quando a pessoa está bêbada fica mais sujeito a ser roubada ou agredida:

Fui bebendo, bebendo, bebendo. Chegou um cara, foi e roubou meu dinheiro todinho (Ent. 8, Grupo I)

Alguns moradores de rua já utilizam previamente a violência como forma de proteção. Tanto nas entrevistas como na observação participante, foi comum ouvir a idéia de que na rua não pode ser fraco, de que quem é fraco, apanha, é explorado. Ser forte é enfrentar outros moradores de rua, para não ser agredido ou roubado por eles:

eu que sou eu, eu já parei de... de fazer certos tipos de coisa, com a idade que eu tô eu já, já andei brigando poucas vezes porque eu não... eu não brigava, mas eu ia abaixar a cabeça, aí o peão montava em cima de mim e ia fazer de mim gato e sapato como tem muitos aí, tá entendendo? Eles pegam o cara, o cara não... não sei se é por medo, é porque não quer reagir, aí não reage e tudo, aí eles pega e fica falando pra cima do cara, vê o que o cara tem de valor, se tiver uma camisa nova, chega e toma, e pronto. E o cara não pode... não pode nem ir na delegacia fazer um B.O. porque se for na delegacia fazer um B.O. a polícia vai atrás e pega a pessoa, a pessoa vai presa, e o delegado solta e quando solta eles vão, eles vão atrás daquela pessoa, já querem matar, já querem esfolar, às vezes a pessoa tem que apanhar calado, como eles querem. E eu, não, eu aprendi uma coisa no meio da rua que você não pode abaixar a cabeça pra ninguém porque se você abaixar a cabeça, eles montam em cima e o que você tiver eles quer tomar de conta, (Ent. 3, Grupo 1)

Aí esses caras que é morador de rua, eles sabem que... Que a gente “são” mole. Aí eles “quer” dar em cima da gente, né? “Olha aí, o cara é mole e tudo. O cara não quer fazer... O cara não responde as porradas, vamos dar nele.” (Ent. 7 Grupo 1)

Percebemos nesses discursos a compreensão de que as agressões de que os moradores de rua são vítimas ou atores provocam um encadeamento de novos atos violentos, caracterizando o que Martin-Baró (1985) chama de espiral de violência, quando atos de violência social multiplicam-se, configurando uma cadeia de agressões. Martin-Baró (1985) refere-se também ao contexto no qual se produzem atos de violência e que pode facilitá-los. O autor distingue dois tipos de contextos: um contexto amplo, social, e um contexto imediato, situacional.

Considerando a violência estrutural da qual são vítimas os moradores de rua, podemos afirmar que estes vivem num contexto (amplo e imediato) que estimula a resolução dos conflitos por meio da violência. O contexto amplo refere-se à estrutura sócio-econômica injusta e excludente. Já a situação de rua apresenta-se como um contexto imediato que facilita a agressão, em que muitas vezes se torna impossível distinguir ataque e defesa.

Um homem com uma arma na cintura é mais provável de se envolver em atos violentos do que um homem desarmado, assim como, em um meio de onde os grupos e seus dirigentes dirimam seus conflitos em forma de violência, é mais fácil que outras pessoas tendam também a resolver seus problemas interpessoais em forma violenta que em um meio mais pacífico (MARTIN-BARÓ, 1985, p. 374)

O contexto situacional da rua, onde a violência está presente no dia a dia dos moradores, onde o risco de ser agredido, inclusive enquanto dormindo, é constante e estimula o uso da violência entre os moradores de rua. Alguns justificam usar a violência para se proteger, outros para impor um domínio, demarcar território; ou até para explorar o “mais fraco”, subtraindo algum bem ou dinheiro. Além disso, a existência de uma parcela dos

moradores de rua que são fuggitivos da justiça, ou ex-prisioneiros que entraram no mundo do crime antes de irem morar nas ruas e que não tiveram para onde ir depois de sair da prisão, também compõe o contexto imediato que estimula a violência.

Há também, portanto, os moradores de rua que são fuggitivos da justiça. Às vezes até a opção por morar na rua tem como motivo essas questões jurídico-criminais. A permanência na rua também tem como determinante o envolvimento com crimes, em alguns casos cometidos recentemente; outros, num passado mais remoto. A rua, nesse caso, é o lugar da invisibilidade; morar na rua permite viver no anonimato. Numa conversa informal com um usuário do CAPR, este, depois que perguntei o seu nome, afirma que só pode dizer o apelido, pois na rua, para alguns, é proibido e arriscado dizer o nome verdadeiro. O discurso a seguir ilustra o medo de voltar pra casa, por conta dos crimes do passado:

só que eu fico cabreiro de ir pra minha terra e de repente um filha da puta lá pegar e lembrar o passado dos parentes né, e querer abrir uma queixa contra mim aí (Ent. 4, Grupo I)

Têm muitos aí que não podem nem ir lá pra delegacia e tirar documento, porque faz putaria, é sujo. Tem muita gente suja. (Ent. 2, Grupo I)

A violência, em algumas ocasiões, precede a ida para a rua, surgindo como um dos motivos que leva a pessoa a fugir de casa e ir morar nas ruas, principalmente entre crianças, adolescentes e mulheres. O discurso abaixo refere-se a uma mulher, que há quatro anos foi atacada pelo ex-marido, fato que determinou o momento em que ela foi morar na rua.

Aí foi na hora que eu ia caminhando, quando ele pegou o espeto, ajuntou o espeto e partiu pra cima de mim, só que quando ele partiu pra cima de mim, que ele partiu pra cima de mim (antes de ir para a rua, violencia do ex-marido) (Ent. 9, Grupo I)

Se por um lado a violência motiva muitos a irem morar na rua, como ocorre no caso da violência doméstica, a violência nas ruas também leva aos moradores de rua a querer sair da rua como forma de se afastar dos perigos que ela oferece:

A vida na rua, cara... É ruim, é triste. É triste, viu? As pessoas morrem. Eu fui embora daqui também, uma vez. Eu fui pra casa de novo, porque uma colega minha foi assassinada. Tá vendo aquele casarão velho ali perto da Santa Casa? (Ent. 8, Grupo I)

*)
Que eu preferia estar em casa, dormindo numa rede, ou numa cama, com quatro paredes, sabendo que é fechado, com a porta trancada, que eu to seguro lá dentro que fora. Antes de deitar eu faço as minhas preces sozinho. (Ent. 2, Grupo I)*

Um outro tipo de violência, das quais os moradores de rua são vítimas com muita frequência, é a violência cometida pela polícia, pela guarda municipal e em alguns casos até por vigilantes particulares. A maioria dos discursos convergiu no sentido de que o morador de rua, de uma forma geral, pelo simples fato de estar na rua, está sujeito a ser vítima de agressões da polícia:

O cara que disser que nunca apanhou da polícia que anda em rua... (Ent. 4, Grupo I)

Só entre os policiais que fazem violência com os moradores de rua, né? À toa, à toa eles estão aí batendo, agredindo todo o mundo aí. Sem precisão nenhuma. (Ent. 6, Grupo I)

A polícia “pegava nós” roubando aqui na Santos Dumont, levava a gente lá pros terrenos baldios, lá no Papicu. Fazia a gente tomar banho nu, fazia eu e minha amiga... Era... Só roubava eu, a Paula e um colega nossa. Fazia nós banhar eles, esfregar[?] as partes deles. Era, nós de menor, viu. (...)Foi. Fizeram ele lavar nossa “sarada” também. E foi a maior putaria. Acabaram, pegaram nossas roupas, botaram dentro da viatura e mandaram nós “sair” correndo “nu”. Numa estrada lá. Foi, eu me lembro como se fosse hoje. Aí nós saímos correndo nus, a viatura saiu na frente, rebolando peça por peça das nossas roupas e nós correndo “nu” atrás. Eu com 12 anos de idade, eu me lembro. (Ent. 8, Grupo I)

Apenas um dos entrevistados divergiu em relação aos restantes, ao afirmar que nunca foi vítima de agressões físicas da polícia e que são apenas os que se envolvem com crimes que apanham da polícia:

Rapaz, esse negócio de violência... Está certo que tem uns caras aí que procuram mesmo. Mas, graças a Deus, nenhum policial nunca me abordou, nem me bateu nem nada. E tem uns que já chegam dizendo: “-Rapaz, apanhei (...)” Mal olhou pra cara da pessoa, já vão batendo. Acho que não existe isso não. Eles sabem o motivo. (Ent. 2, Grupo I)

Esse mesmo morador de rua, entretanto, confessa ser vítima da violência de guardas municipais, expressas em forma de agressões verbais e preconceituosas, discriminação e proibição de frequentar praças públicas.

Já dos “guarda” municipal. Chamam a gente de vagabundo. Eu já perguntei o seu Gomes, que é guarda aqui, ele disse: “- Não, eles não têm direito de chamar você de vagabundo não. Nenhum de nós.” É porque não foram com a cara da gente, eles mandaram a gente sair do local, da praça. Não existe isso, que a praça é pública. (Ent. 2, Grupo I)

Não, assim, discriminado, assim porque a gente não pode estar sentado às vezes no banco numa praça, um guarda municipal vem mandar a gente sair. Não existe isso. Mas parece que eles aí já falaram com a guarda e acabaram mais, sabe? (Ent. 2, Grupo I)

A violência da polícia e da guarda municipal, como podemos perceber, não se restringe às agressões físicas. Ser chamado de vagabundo é uma violência constante sofrida pelo morador de rua. A observação participante permitiu acompanhar de perto os relatos

diários de violência da polícia, da guarda municipal e dos vigilantes particulares que trabalham para alguns comércios do centro da cidade.

Chamaram atenção as implicações emocionais da agressão sofrida por um morador de rua, quando se encontrava à noite na “Praça do Banco do Nordeste”. Ele levantava a camisa e mostrava as marcas das agressões na costela. Mostrava, também, o Boletim de Ocorrência que tinha feito. Vigilantes particulares o haviam abordado na praça, por meio de violência física sem nenhum direito a defesa. Estava visivelmente transtornado, sua fala emocionada mostrava que o sofrimento decorrente da experiência sofrida transcendia a dor física. Somente pode perceber esse sofrimento aquele que o encara nos olhos, que o vê e o ouve.

O referido morador estava na rua em Fortaleza há apenas um mês. Era, portanto, a primeira vez que sofria um ato de violência. Tentava superar o sentimento de impotência com a vontade de lutar contra seus agressores, de denunciá-los, de não aceitar facilmente a agressão. Repetia, constantemente, que a praça é pública, que qualquer pessoa pode sentar num banco da praça e tomar uma dose de conhaque.

Nos dois dias seguintes, o mesmo morador ainda relatava de forma emocionada a violência sofrida. Dizia-se trabalhador, repetia que não era um “vagabundo”. No terceiro dia após o ocorrido, ele já se apresentou de forma mais tranqüila, mais racional. Participou da reunião na Casa do Povo de Rua, na qual se discutiu sobre os atos de violência cometidos por um grupo de vigilantes particulares, que vinham se acentuando nas últimas semanas.

Numa outra visita, a uma instituição religiosa que presta auxílio aos moradores de rua, dois usuários tinham sido suspensos, depois de adentrarem a casa sob efeito de drogas, e estavam do lado de fora, proferindo ameaças contra funcionários e outros moradores de rua. Um vizinho chamou o Ronda do Quarteirão³ para tentar apaziguar a situação. Depois que a situação se acalmou, os moradores de rua que estavam presentes discutiam sobre a policial do ronda, dizendo que, por estar na frente dos representantes das instituições de defesa dos moradores de rua, ela estava bem mais calma do que de costume, pois a única forma de comunicação dela com os moradores de rua do centro da cidade, não se dá por meio de diálogo, e sim através das agressões verbais e físicas.

A respeito da violência cometida pela polícia contra a população, Machado e Noronha (2002) destacam, dentre os aspectos que determinam o uso da violência pela polícia, a orientação governamental, a aceitação social da violência para resolver conflitos e

³ Programa vinculado à polícia militar, implementado pelo atual governo do estado, como forma de facilitar a aproximação da polícia com a comunidade -

o padrão de relacionamento entre o governo e a população, em termos de regulação de cidadania e facilitação do controle social sobre as ações governamentais. Os autores relacionam, ainda, a violência policial à violência estrutural, a qual se manifesta, por exemplo, nas desigualdades sócio-raciais, embora não possa ser reduzida a estas. A polícia é um instrumento de manutenção e reprodução da ordem social vigente.

Se não há, por exemplo, controles institucionais, internos e externos à polícia, a violência estrutural materializa-se em agressão direta ou indireta. A violência policial não surge como um aspecto isolado, mas como parte de um sistema que envolve autoridades e cidadãos, os quais apóiam esse tipo de violência colocando-a acima da lei e da proteção da sociedade (MACHADO e NORONHA, 2002).

Além disso, a polícia também representa o morador de rua de forma preconceituosa, agindo, muitas vezes, com discriminação:

(...) mesmo que a maioria dos soldados venha da parte excluída da sociedade, eles absorvem esquemas discriminatórios e desenvolvem condutas violentas contra pobres e não-brancos. Estes por sua vez, como não dispõem de recursos materiais e políticos para modificar a imagem produzida sobre eles, nem para agir contra os abusos, constituem presas fáceis para a violência policial (MACHADO e NORONHA, p. 209).

Na rua, a violência da polícia indica uma concepção higienista em relação ao morador de rua. Giorgetti (2006), ao estudar as representações sociais de policiais franceses e brasileiros, concluiu que os policiais brasileiros são menos tolerantes do que outras categorias, como médicos e funcionários de instituições sociais. Se considerarmos a aprovação de certos setores da sociedade, bem como ao poder de que dispõe o policial, não fica difícil destacar a violência da polícia como um grande problema a ser enfrentado diariamente pelos moradores de rua.

A violência de gênero é outra questão a ser discutida. Numa das visitas à rua, durante a observação participante, a representante de uma instituição religiosa, que milita em defesa dos direitos dos moradores de rua, argumentou que a mulher que mora na rua sofre duplamente, por ser moradora de rua e por ser mulher. Com base nos dados coletados, concordamos com essa idéia, que se expressa, por exemplo, na violência sexual sofrida por mulheres nas ruas. As duas mulheres entrevistadas relataram ter sofrido violência sexual ou pelo menos tentativa de violência sexual:

Foi numa dormida que aconteceu isso. Tava dormindo, ele tava dormindo do lado, eu dormindo do outro, aí chegou outro morador de rua alisando as minhas parte. Aí ele, eu acordei ele, ele quis até... fazer violência com, com... o camarada, aí foi daí que a gente pegamo, eu evitei ele fazer, a gente pegamo alugamos novamente um kit-net, aí passamos,

passamos mais o que, 2 meses no kit-net. Aí aqui e acolá agora quando a gente tem um dinheirinho sobrando a gente paga uma pernoite, que a pernoite é dez reais, entre nove horas e sai oito da manhã. (Ent. 9 , Grupo I)

Já fez sexo comigo à força. Aconteceu isso comigo. No meio daqueles matos na Maraponga, me lembro como se fosse hoje. Naquela lagoa. Eu nunca mais fui pra lá, passava nem num ônibus assim em frente. (Ent. 8 , Grupo I)

Acontece mais, assim, da gente acordar, alguém alisando a gente, pegando nas nossas partes. Nesses últimos dias tem acontecido comigo. Eu acordei, um bichinho velho, sem vergonha... Eu acordei, ele pegando na minha bunda. Tudo bem, passou, né? Quando é com um pouco assim, eu acordo e o indivíduo não está deitado do meu lado? Aí eu alarmei. Quando eu alarmei esse cara correu tanto! Tanto, tanto, tanto que batia o pé na bunda. Esses últimos dias agora. (Ent. 8 , Grupo I)

Os entrevistados revelaram algumas estratégias para enfrentar a violência e insegurança característica da vida na rua. Muitos, quando conseguem dinheiro, alugam um quarto para passar a noite. O custo da pernoite varia de sete a dez reais. Outra forma de enfrentar a insegurança é ficar em grupo durante a noite, dormir junto com outros moradores de rua. Há ainda os que buscam não se afetar emocionalmente. Os discursos abaixo ilustram essas estratégias:

Eu procuro evitar o máximo, sempre... eu tô sempre do lado dele, ele do meu lado. Às vezes a gente não... não é nem querendo ser mais do que os outros, mas a gente não se mistura com... com esses, com os outros, porque uns morador de rua que pensa fazer o bem, mas tem muitos que só pensa em maldade(Ent. 9 , Grupo I)

Ali eu era ruim, não tinha coração não. Não tinha sentimento. Não ligava não. Do jeito que nós saímos correndo, pegamos nossas peças, fomos vestindo, quando chegou lá nós "roubemos" de novo. Eu ligava pra nada não, ali. (Ent. 8 , Grupo I)

As histórias de violência, tão presentes nos discursos dos moradores de rua, e a sensação de insegurança remetem à necessidade de se sentir seguro, de poder dormir sem o medo de ser agredido ou assassinado, de andar na rua e se relacionar com as pessoas sem o medo de ser traído ou explorado. A *necessidade de segurança física e psicossocial* pode ser considerada como uma significativa necessidade de saúde dos moradores de rua.

Essa afirmação baseia-se, em primeiro lugar, nas implicações da violência na rua sobre a vida e a saúde dos moradores de rua. O medo na hora de dormir, as noites mal dormidas, a ansiedade, o aprofundamento do abuso de drogas, a dificuldade em estabelecer relações de confiança, a real possibilidade de ser fisicamente agredido e gravemente ferido e, de uma forma geral, problemas de saúde mental, são alguns exemplos das conseqüências negativas geradas pela violência na rua.

Em segundo lugar, não é recente a constatação e preocupação no que se refere à relação entre violência e problemas de saúde. A violência é mundialmente reconhecida como uma questão social e de saúde pública (SCHRAIBER, D'OLIVEIRA e COUTO, 2006). Dessa relação entre violência e saúde, destaca-se por um lado os efeitos sobre a morbidade e mortalidade das populações e, por outro lado, o papel do setor saúde na prevenção da violência e na proposição de caminhos para o enfrentamento dessa questão.

São vários os efeitos diretos e indiretos que a violência impõe sobre a saúde. Sem falar na pressão que é exercida sobre os serviços de saúde, bem como os custos associados, como, por exemplo, os serviços de urgência e emergência, atenção especializada e reabilitação psicossocial, podendo envolver a intervenção de vários profissionais de saúde, incluindo médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e assistentes sociais (MINAYO e SOUZA, 1998).

Ainda a esse respeito, Minayo (1994b) indica o amplo quadro que caracteriza a produção de morbidade por violência:

violência das guerras e aquela provocada por seus efeitos; violência interpessoal; brigas por motivos passionais; conflitos entre gangues e quadrilhas; tentativas de suicídio; acidentes de trânsito; conflitos intra-familiares, atingindo sobretudo as crianças, os adolescentes, as mulheres e os idosos; acidentes de trabalho; violência contra a população que vive nas ruas; acidentes e negligências, provocando lesões por envenenamento, sobretudo no lar (MINAYO, 1994b, p. 12)

De uma forma geral, a violência limita e prejudica a capacidade vital das pessoas bem como sua qualidade de vida. No que se refere à violência junto aos moradores de rua (abrangendo-se a violência entre e contra eles), conforme foi discutido, os dados aqui apresentados evidenciam uma série de prejuízos à qualidade de vida dessas pessoas.

Considerando o preconceito e a discriminação como uma forma de violência simbólica que atinge os moradores de rua, outra necessidade de saúde que podemos apontar seria a *necessidade de ser visto como um ser humano digno de respeito*. De não ser taxado como um vagabundo ou marginal. De ser respeitado pela sociedade, pelos profissionais e pelas instituições. De ter o direito de ser diferente. Implica a necessidade de superar e modificar as atitudes preconceituosas enraizadas nos indivíduos e grupos.

4.1.3 O individualismo e a necessidade de cooperação

A violência *entre* os moradores de rua, desde agressões físicas, roubos, furtos e ameaças, remete a uma outra questão: o individualismo característico das relações existentes

na rua. Seria uma das expressões da cultura individualista internalizada por essas pessoas e grupos. Não queremos esgotar a análise da violência as pessoas em situação de rua através do individualismo, tendo em vista que, como já foi discutido, consideramos a violência como um fenômeno plurideterminado. No entanto, o individualismo é um importante aspecto a ser discutido. Quais os significados da expressão “individualismo” que queremos discutir aqui?

Apoiamos-nos em Martin-Baró (1998) e Gareschi (2005) para discutir sobre o conceito de individualismo e sobre como essa categoria se manifesta na relação entre os moradores de rua e nas suas vidas. Antes, no entanto, precisamos delimitar o conceito de indivíduo, que remete a várias dimensões, das quais destacamos duas: a primeira diz respeito à idéia de indivíduo como sendo o ser humano único, indivisível. A segunda dimensão refere-se à concepção de ser humano como sendo separado de tudo e de todos, sendo, então, auto-suficiente, sem precisar dos outros para a sua definição (GARESCHI, 2005).

Analisando a noção de indivíduo e individualismo como sendo um dos principais valores do liberalismo, Gareschi (2005) discute sobre o efeito do individualismo sobre as relações entre as pessoas e seus comportamentos, marcados, especialmente, pela competitividade, em que o outro serve como instrumento para que eu atinja os meus interesses. Competitividade significa “(...) lutar com os outros, não junto, mas contra o outro, um tipo de rivalidade ou guerra” (GARESCHI, 2005, p. 39).

O autor distingue ainda a competição que se dá no mercado e a competição entre as pessoas. A primeira está relacionada à lei da oferta e da procura. Já a competitividade entre pessoas leva, necessariamente, à exclusão de alguns, em benefício de outros, consistindo num grave problema ético.

Martin-Baró (1998) complementa essa idéia, compreendendo que o individualismo se traduz numa tendência sádica em que a vida surge da morte do outro, de forma que nas relações caracterizadas pelo individualismo impera a lei do mais forte. No que se refere às relações estabelecidas pelas pessoas em situação de rua, podemos perceber alguns aspectos do individualismo, conforme aqui definido.

A violência e às disputas entre os moradores é uma das manifestações desse individualismo, no qual o que vale é a lei do mais forte, conforme pudemos verificar nas expressões “fortes” e “fracas” utilizadas por moradores de rua, e que surgiram tanto nas informações coletadas nas entrevistas quanto nas surgidas a partir da observação participante. As disputas internas na categoria “moradores de rua” acabam dificultando ou impedindo a cooperação, a organização coletiva e o fortalecimento de uma coesão grupal. Os discursos abaixo definem o mundo na rua como sendo cada um por si, onde os mais fortes se

sobressaem. A vida na rua surge, nos discursos dos entrevistados, como um mundo animal, analogia feita com os programas de televisão que documentam a vida de presas e predadores entre animais. Idéia que remete a uma espécie de darwinismo social, existindo na rua verdadeiros predadores:

A vida na rua é sobreviver né, meu amigo. A vida na rua é que nem animal selvagem numa África nesses ecologia aí que passa na televisão aqui, como é? Mundo Animal. O leão corre atrás de um coelho, corre atrás de um veado, corre atrás de um bichinho que seja mais manso que ele, que é pra ele... atacar e comer, porque se você der mole, meu amigo. Eu não dou mole pra esses bichos, pra nem um! Não tenho nem medo. Eu morei, morei doze anos no Rio de Janeiro, eu andava em todas as favelas a bem dizer (Ent. 4, Grupo II)

Aqui é a lei do mundo em si, cada qual por si. Em relação a briga, assim, alguém pode estar me matando e as outras pessoas ficam só olhando. Verdade. Nesses últimos dias eu tava sendo tão ameaçada, né? (Ent. 8, Grupo II)

Não você tem que... você tem que ter essas atitudes, claro, você tem que ser homem né, cara, você... a questão da lei dos mais fracos, dos mais forte porque os mais fortes eles se aproveitam dos caras que são mais fracos, tá entendendo? E eu nem, eu nem sou... eu nem sou o tal, eu não quero ser Fernandinho Beira-mar, não quero ser é... nenhum deles, eu quero ser eu mesmo, eu mesmo, agora só que eu não vou dá é corda pra ninguém, tá entendendo? Eu não vou dá é corda pra ninguém, também não vou dá motivo pra ninguém querer pisar em cima de mim, querer vim passar por cima de mim porque se vier, se tiver motivo, se eu tiver errado, eu chego pro camarada assim mesmo: bora procurar resolver sem violência e tudo, o fato dele tá certo, desculpa aí, foi mal, vamos resolver sem violência (Ent. 3, Grupo I)

O trecho abaixo, do entrevistado 1 (grupo dos moradores de rua), define as brigas como sendo uma reação natural do adulto. Enquanto a criança chora, o adulto briga. Esse mesmo entrevistado, entretanto, refere-se à falta de habilidade de muitos moradores de rua em conversar. Na falta de outros recursos, como o diálogo, utiliza-se da violência para resolver conflitos:

Criança quando quer atenção ela chora, né? Adulto quando perde o controle, o que ele faz? Ele briga. Igualzinho a uma criança. E tem crianças na rua. E essa atitude aí é o que eu condeno. É o que faz um outro do seu tamanho, um outro beber, mais forte que você chegar aí, ao invés de chorar, te empurrar, espernear em cima de você. (...) Porque não consegue chegar pra alguém e pedir desculpas, abaixar a cabeça. Ou às vezes se expressar. (Ent. 1, Grupo I)

Outra questão surgida nas entrevistas e na observação participante foi a dificuldade em estabelecer relações de confiança. Os discursos que defendem a impossibilidade de confiar no outro morador de rua complementam a idéia de lei do mais forte:

Você é seu pai, sua mãe, você é seu irmão, você é tudo, é só você e Deus, Deus e você. Você não pode confiar em ninguém, você não tem amigo, não, você tem colega, amigo

mesmo assim... Tudo que ganha, se você dorme com alguma coisa de valor, eles vem e roubam de você, quando tão (...), quer estranhar, e é só quando tão (...), quando tão bom de cara, eles não são valente, quando tão bêbado, drogado, é tudo valente querendo brigar com você, querendo matar, querendo (...) você. (Ent. 3, Grupo I)

Pode, não! Tem amizade, esses caras tudo faz amizade comigo, só que é uma amizade, não vou dizer que é amizade. Um negócio passageiro, conversar aqui comigo, não posso, não pode, cara! Não pode. A mesma coisa se eu tiver um irmão que seja igual eu andando pelo mundo, eu encontrar com ele em qualquer canto, aí eu não posso confiar nele, nem ele confiar em mim, pode ser de sangue, eu não sei qual é a dele, não sei que diabo que ele fez, não sei se ele vai me matar. ((Ent. 4, Grupo II)

Além da sensação de não poder confiar no outro, há também os participantes que afirmam viver sozinho na rua, caracterizando a fragilidade das relações interpessoais entre os moradores de rua:

(...) as minhas conversas com eles é muito pouca. E a maioria são “noiера”, eu não me misturo não. (Ent. 2, Grupo I)

Como exemplo da fragilidade das relações interpessoais e da dificuldade no estabelecimento de relações de confiança entre os moradores de rua, destacamos o relato de decepção de um morador de rua, que presenteou o amigo com uma carroça para armazenar material reciclável e depois ficou sabendo que ele vendeu a carroça, para comprar droga:

Por que ele se droga e... na cachaça né, que ele deixou a pedra né, e o sistema dele muda, inclusive tentei ajudar... Aí comprei uma carroça pra nós trabalhar, né? Comprei, mas dei pra ele, foi presente de casamento, ia ser o padrinho dele, ele vai casar na Pastoral quando Padre Lino voltar de viagem. E eu fiquei sabendo que ele vendeu a carroça.(...) Ô rapaz, isso me doeu pra caralho! Uma relação muito boa. (...) um tem que vigiar o outro. Que nada! Vai ver ele trocou o dinheiro todo em cachaça... na rua, sou roubado, na rua é muito difícil. Muito difícil (Ent. 5, Grupo II)

Encontramos, no entanto, histórias e discursos divergentes no que diz respeito aos relacionamentos interpessoais na rua. Um participante, cujo trecho da entrevista está transcrito logo adiante, informa que possui boas amizades na rua e que, inclusive, já aprendeu um ofício (de pintor de automóveis) na rua. Não há, portanto, somente aspectos negativos na rua, e existe a possibilidade de estabelecer relações de amizade.

Com os moradores, sim. Tenho. Tenho mais amizade do que inimigo. Na realidade eu tenho mais é amizade, inimigo mesmo na rua eu não tenho não. Por enquanto (Ent. 6, Grupo II)

Outro entrevistado relata a luta pela alimentação no fim de semana, quando as instituições onde eles geralmente almoçam, estão fechadas. Surge, na rua, exemplos de cooperação, quando um grupo de moradores de rua se reúne para conseguir comida e faz

junto a refeição; há também exemplos de aprendizagem, como no discurso de um entrevistado que afirma ter aprendido várias formas de artesanato e de arte depois que foi para a rua:

Aí pega umas verduras, outros pegam tomate, cebola, aí faz a latada lá na Praça da Bandeira. Uma lata de querosene. Aí vai, mangueia[?] o feijão, outro mangueia[?] o arroz, aí faz o almoço (...) Cada um faz uma parte. Um vai atrás do sal, outro atrás do coloral, outro atrás do tempero. Porque de domingo não tem almoço nas irmãs não (...). Uns vai na bodega. Vai na casa, bate, pede. O pior dia é o de domingo. É o sábado e o domingo mesmo. (Ent. 2, Grupo I)

Foi, aprendi com os outros. Porque a gente está na rua, mas a gente sempre toca num lado, assim, bom. Tem que ver. Não é sempre pro lado do mal, né? Tem sempre um lado bom, sempre pra vencer, né? Não é todos que “quer”, mas tem umas pessoas que sempre “quer” vencer na vida e tem que procurar um lado bom, um lado que leve você pra frente, né? Apesar das dificuldades que a gente passa, mas a gente procura um lado bom. (Ent. 6, Grupo II)

Aonde eu aprendi a ler, mesmo já tendo os primeiros passos dentro da instituição onde eu tinha sido criado. Foi aonde que se desenrolou boa parte da minha vida e do que eu sou hoje. (Ent. 1, Grupo I)

Outra forma de expressão do individualismo na rua é a compreensão de que a condição de vida atual é unicamente fruto de sua escolha individual, como se não houvesse um processo de determinação que fosse além da dimensão individual. Essa idéia caracteriza a construção de uma subjetividade individualista, conforme os valores da ideologia liberal, que considera o indivíduo como centro de tudo, como sendo responsável pela sua própria vida, ignorando o contexto histórico e sócio-político que produz as injustiças e desigualdades sociais. Os trechos transcritos abaixo ilustram a idéia de supervalorização da capacidade individual em aproveitar as “chances” da vida ou de não ter querido nada da vida:

E não, não, não... não pretendia mudar de vida, eu não, eu vi que essa vida que eu tava levando não tava certo, eu tinha... eu tive tanta chance e não soube aproveitar, porque o Governo foi um... o Adriano também foi um que me deu apoio, cheguei a arrumar essa pessoa, tive muita chance e não... não soube aproveitar e hoje em dia eu tô aqui do jeito que tô, vou aproveitar essa chance que tem aqui, né? (Ent. 3, Grupo I)

Não, porque eu também que eu não quis nada da minha vida não. Ela botou eu num colégio. Estudava eu e os filhos dela tudo junto no colégio, aí eu não quis nada da minha vida. Ia pro colégio só pra “frescar”, ia jogar uns papel na professora (Ent. 7, Grupo II)

Como consequência desse individualismo, pouco se ouve falar em termos de organização coletiva para superar a condição de vida atual. A maioria dos que pensam em superar, pensam de forma individual, como arranjar um emprego para solucionar todos os seus problemas ou esperar uma ajuda de Deus ou de alguém caridoso.

Ah, se eu arrumasse um emprego eu alugava um cantinho, ficava mais fácil por que tá lá minhas coisas. (...) Aí eu arrumando um emprego, eu alugo um quarto, vou trabalhar,

chego, abro, fecho, durmo. Final de semana... Fico mais tranqüilo, guardo minhas coisas. Porque aqui a gente guarda as coisas ali, se some (Ent. 2, Grupo I)

Ah, aqui na rua aqui eu... De vez em quando eu fico sozinho, fico pensando, assim, coisa errada que eu fiz. E também eu fico pensando em Deus, pra Deus me ajudar pra me tirar eu dessa rua. Essa rua aqui é muito de pirangueiro, que gosta de matar o irmãozinho dormindo e tudo. (Ent. 7 Grupo I)

Refletindo com Martin-Baró (1985), compreendemos que uma alternativa para a melhoria das condições de vida dos moradores de rua e para superar a competição individualista, seria a cooperação dentro do grupo. A cooperação, segundo esse autor, traz resultados muito mais satisfatórios e significativos em termos de progresso e de mudança social. Seria uma das formas de interação humana que mais contribuem para melhorar as condições de vida da sociedade e de um grupo social.

São dois elementos essenciais que caracterizam a cooperação interpessoal: a existência de fins comuns compartilhados por vários sujeitos ou grupos; e a repartição dos custos e esforços entre os participantes. A cooperação constitui tanto uma ação social como também uma autêntica interação social, envolvendo ação ou trabalho realizado conjuntamente com os outros (MARTIN-BARÓ, 1985).

Esse mesmo autor destaca ainda três variáveis importantes para a existência da cooperação: a comunicação entre as pessoas, o grau de poder de uns em relação aos outros e o acordo e clareza dos participantes a respeito dos objetivos da ação. Quanto mais fluida e rica a comunicação entre os membros de um grupo, mais possível será a cooperação. Considerando o quão comum é a resolução de conflitos por meio de agressões físicas entre os moradores de rua, é importante destacar a necessidade de fortalecer a capacidade de estabelecer diálogo junto a essa população, embora por si só a melhoria da comunicação não seja suficiente para constituir-se a cooperação.

O poder a que se refere Martin-Baró (1985) define-se como sendo as capacidades ou recursos, pessoais ou sociais, de que dispõem as pessoas entre as quais se vislumbra a possibilidade de cooperação. Estudos em psicologia social mostram que a cooperação se torna possível quando há, ao mesmo tempo, uma certa igualdade de poder dentro do grupo, bem como um respeito pelo poder ou capacidade das outras pessoas.

A outra variável, ou seja, o acordo a respeito dos objetivos comuns, envolve a possibilidade de superação da idéia de que a mudança ou a consecução dos objetivos depende unicamente do esforço individual. A cooperação, nesse caso, supõe a superação da concepção individualista que faz acreditar que o destino de cada um depende exclusivamente de sua atuação e capacidade individual.

Considerando essa concepção acerca da cooperação interpessoal como forma de possibilitar a emergência de ações coletivas transformadoras, destacamos, nesse momento, dois aspectos que dificultam a cooperação entre os moradores de rua: em primeiro lugar, os próprios valores individualistas característicos da contemporaneidade e que se expressam na população de rua da forma como temos discutido aqui. E em segundo lugar, a heterogeneidade dos moradores de rua é um outro aspecto que dificulta a cooperação entre eles para atingir um objetivo comum. Há, por exemplo, moradores de rua que não têm o mínimo interesse em construir outra possibilidade de vida que não seja na rua, que buscam exatamente a invisibilidade e o anonimato que a rua proporciona, como acontece com os fugitivos da justiça e/ou alguns ex-presidiários; como acontece também com os que se institucionalizaram na rua de tal forma, que a cultura de rua fortemente internalizada, não permite que se expresse um mínimo de interesse de sair da rua. Por outro lado, há também os que desejam transformar suas vidas, que querem arranjar trabalho, morar numa casa e constituir uma família, mas que por algum motivo ainda não conseguiram.

No entanto, tanto as semelhanças como as diferenças existentes num determinado grupo social podem contribuir para a cooperação nas relações interpessoais. A capacidade de dialogar que alguns moradores de rua possuem, por exemplo, pode influenciar outros sujeitos, possibilitando o estabelecimento de objetivos comuns. (MARTIN-BARÓ, 1985)

O individualismo entre os moradores de rua indica, de certa forma, o que Heller (1986) refere-se como sendo alienação da riqueza das necessidades humanas. Essa autora destaca que as necessidades do homem são sua riqueza. O homem rico em necessidades é, portanto, o valor humano mais elevado. Dessa forma, as necessidades elevadas correspondem às necessidades cujo objeto é o homem como um fim, e não como um meio para a pura satisfação de interesses particulares. Nessa riqueza, o objeto mais elevado da necessidade humana é o outro homem. O mais alto grau de humanização das necessidades humanas é definido quando o homem como fim, e não como meio, é convertido em objeto de necessidade para outro homem.

A alienação das necessidades humanas se expressa, segundo Heller (1986), através de quatro problemas: a inversão da relação meio-fim, a diferenciação qualidade-quantidade, o empobrecimento das necessidades e o interesse.

A inversão da relação meio-fim significa que todo fim se transforma em meio e todo meio se converte em fim. Heller considera que em condições normais, que ela também

chama de condições humanas, o fim máximo do homem é outro homem. A alienação das necessidades faz com que o homem seja meramente um meio para outro homem, um meio para a satisfação de fins individuais. As relações sócio-comunitárias também sofrem essa inversão, passando a serem meios para interesses particulares. Essa inversão da relação meio-fim caracteriza o individualismo na relação entre os moradores de rua.

A outra inversão operada no capitalismo é a da relação entre qualidade e quantidade, é a quantificação do inquantificável. O dinheiro define essa inversão, sendo representante meramente quantitativo da riqueza social. O capitalismo, portanto, quantifica o mundo das necessidades, que em seu conjunto é qualitativo. No caso das necessidades de saúde, a sua satisfação, em termos de quantificação, dependeria de quantidade de medicamentos, exames, serviços e outros bens. As necessidades essencialmente qualitativas são transformadas em quantitativas, em números. Heller (1986, p. 59), referindo-se a Marx, destaca que “(...) a verdadeira riqueza consiste no desenvolvimento de necessidades qualitativamente distintas”.

O empobrecimento e a redução são expressos principalmente através da homegeinização das necessidades e da sua redução à necessidade de ter. A redução atinge tanto a classe dominante quanto a classe trabalhadora:

Para as classes dominantes, este ter é posse efetiva; consiste na necessidade dirigida à posse da propriedade privada e de dinheiro em quantidade cada vez maior. A necessidade de ter do trabalhador, pelo contrário, afeta a sua mera sobrevivência: vive para poder manter-se (HELLER, 1986, p. 65)

O quarto grupo de problemas resultantes da alienação das necessidades refere-se ao “interesse”. Heller (1986) discute sobre a crítica de Marx ao interesse como motivação da ação individual. A idéia de interesse, seja dos indivíduos ou das classes remete à sociedade burguesa. Assim, o interesse como motivo da ação individual seria a expressão da redução das necessidades ao ter, ao lucro.

Ainda que possam ser apontados exemplos de individualismo e de alienação das necessidades humanas, realidade definida por alguns como “lei do mais forte” e “mundo animal”, podemos encontrar pessoas agregadoras, hábil no estabelecimento de relações interpessoais e que vai além do pensamento individual, expressando a dimensão coletiva do sujeito:

E aí depois que eu passei a freqüentar aqui, trocar uma idéia com um, trocar uma idéia com outro, tipo... As pessoas, elas servem de pontes. Eu posso conhecer você e posso

conhecer seu inimigo, mas eu me dou bem com você e me dou bem com seu inimigo. E só o fato de ter uma pessoa que se dá bem com os dois, põe os dois a se questionarem, tá ligado? “-Porra, se o cara é meu amigo e não está aí pra me fazer maldade, então alguma coisa de bom tem no cara lá, né?” Então, tipo, um ou outro fica pensando nisso. (Ent. 1, Grupo I)

Assim, há potencialidades a serem destacadas junto a essas pessoas, que podem ser realizadas de forma a fortalecer a coesão grupal e a organização coletiva e cooperativa em prol de objetivos comuns.

Além disso, não é difícil visualizar a rede de solidariedade que existe na rua (RODRIGUES, 2005). São teias de relações que abrangem instituições não-governamentais, religiosas ou não, comerciantes e pessoas físicas. Algumas dessas instituições são citadas por Lima (2008): Casa Verde, Casa da Sopa, Albergue Shalon, Volta Israel, Amigo Franciscano, Refeitório São Vicente de Paula (mais conhecido por “Irmã Inês), Toca de Assis, Fundação Ana Lima, Pastoral do Povo de rua. A rede de solidariedade também existe entre moradores de rua.

No CAPR, onde foi feita a maioria das visitas referentes à observação participante, pudemos acompanhar grupos de moradores de rua que se encontram na casa, mantendo uma teia de relacionamentos, ora demonstrando um clima amigável, ora expressando tons ameaçadores. As oficinas sócio-educativas oferecem momentos de diálogo, embora as conversas informais também sejam ricas de informações acerca das relações interpessoais entre moradores de rua.

As instituições, portanto, permitem momentos de integração entre os moradores de rua, que se reúnem num determinado espaço (dentro da sede da instituição ou quando estão nas praças esperando a sopa chegar), constituindo-se em momentos de encontros e desencontros, que possibilitam tanto relações ricas como também brigas e desentendimentos.

4.1.4 Relações de dependência e a necessidade de autonomia

Discutiremos neste momento acerca das relações de dependência que caracterizam a vida dos moradores de rua bem como a possibilidade de fortalecimento da autonomia junto a essa população. Lembramos que autonomia, de acordo com a concepção que vemos adotando, seria a capacidade de o sujeito dirigir seu próprio modo de andar a vida e a possibilidade de ser considerado como sujeito do saber e do fazer.

Essa capacidade, se tomarmos como base o conceito helleriano de autonomia, significaria a possibilidade de, partindo de um campo de alternativas, escolher uma delas,

sendo que essa escolha estaria marcada pela individualidade da pessoa (HELLER, 1994). Heller distingue duas dimensões que caracterizam o homem: a particularidade e a individualidade. Particularidade corresponde às qualidades, atitudes, dificuldades, disposições, singularidades que são próprias de cada um. Ninguém está isento de motivações particulares; no entanto, não existe homem particular que nunca tenha se elevado por cima de sua própria particularidade. Essa afirmação leva à idéia helleriana de individualidade, que consiste exatamente num processo de elevação do homem acima de sua particularidade, num processo de síntese através do qual se realiza o indivíduo. O indivíduo é o ser humano genérico; é a síntese entre a unidade da particularidade e a universalidade da genericidade.

Apesar de o homem nascer num mundo concreto, já constituído, do qual está mais ou menos alienado, nem todos os homens particulares necessariamente deverão aceitar passivamente esse mundo tal como ele é. A particularidade aspira a autoconservação, enquanto o indivíduo não aceita simplesmente o mundo como definitivo, não se limita a conservar-se a todo e qualquer custo; a individualidade supõe a motivação para transformar a si mesmo e ao próprio mundo, e não somente aceitá-lo como definitivo (HELLER, 1994).

A autonomia, portanto, de acordo com essa compreensão, é sempre relativa, pois todo homem nasce num mundo concreto, de forma que o campo de alternativas a serem escolhidas e seguidas é sempre delimitado. As relações de dominação e exploração, por exemplo, tendem a impedir o desenvolvimento da autonomia.

O mundo externo, no entanto, não constitui somente obstáculo, pois ao mesmo tempo fornece campo de possibilidades para a autonomia. A autonomia exercida pelo indivíduo – pelo ser humano que superou a particularidade – pressupõe, conforme Heller (1994), a vontade e disposição para transformar o mundo e a si mesmo.

Podemos identificar, a partir do material empírico, situações que caracterizam fortes e muitas vezes institucionalizadas relações de dependência e de subordinação junto aos moradores de rua; ao mesmo tempo, embora com menor intensidade, encontramos potencial para a emergência da autonomia, conforme aqui definida.

As relações de dependência surgem nos discursos que condicionam a sobrevivência do morador de rua ao apoio das instituições governamentais e não-governamentais. A alimentação, a higiene, a possibilidade de acessar serviços públicos (incluindo estabelecimentos de saúde), a luta pelos direitos negados e violentados são exemplos de recursos que as instituições oferecem, de forma que muitas vezes os moradores de rua não visualizam outras estratégias de sobrevivência a não ser fazer uso desses recursos.

O discurso abaixo, de um participante do grupo dos moradores de rua, destaca os vícios e costumes decorrentes da institucionalização do morador de rua. Institucionalização não somente no sentido de depender de organizações de ajuda, mas também de internalizar modos de existência característicos da vida na rua. Depender do cardápio de serviços e apoio que as instituições oferecem faz parte da cultura da qual o morador de rua se apropria.

Viver na rua não é pra todo mundo. Viver em determinados espaços, em outros convívios sociais, qualquer um que está na rua faz isso. Mas automaticamente, quando ele vai fazer isso, ele já se institucionaliza, ele se identifica, porque ele tem os costumes, ele tem os vícios, ele tem tudo o que a rua oferece. (Ent. 1, Grupo I)

As pessoas que por um ou outro motivo acabam indo morar nas ruas precisam aprender como sobreviver: como conseguir dinheiro, onde dormir, em quem confiar, onde e como comer, como manter um mínimo de higiene; enfim, precisam apropriar-se de pelo menos recursos mínimos que garantam a sua sobrevivência. Uma das principais lições é conhecer as instituições de ajuda ao morador de rua e de que forma elas trabalham. Que instituições fornecem almoço? Em que horários e locais é distribuída a sopa diária? Quais as instituições que acolhem moradores de rua para passar o dia ou pelo menos parte do dia? Quais oferecem abrigo? Onde tomar banho e lavar as roupas?

Os trechos das entrevistas abaixo transcritos ilustram a relação do morador de rua com as instituições. O primeiro discurso relata a dificuldade de conseguir se alimentar, quando não é possível almoçar no CAPR. A fala seguinte conta a trajetória diária de um morador de rua vinculada aos horários e bens oferecidos pelas instituições:

Tem dia que quando eu perco almoço aqui eu passo o dia com fome, espero a noite chegar pra pegar a sopa (...) (Ent. 2, Grupo I)

Eu quando eu... eu saio daqui eu vou lá pra Fernanda fazer o curso, aí da Fernanda eu vou lá pra praça da... da Igreja do Carmo esperar a sopa (...), aí quando termina a sopa, quando a sopa passa, eu vou dormir no... no albergue que tem bem acolá, eu vou dormir lá, pego e levo o meu colchão, me deito lá e quando é de manhazinha bem cedo, por volta das seis horas, seis e meia, e venho pra cá e fico aí no portão na fila de espera pra entrar. (Ent. 3, Grupo I)

É claro que as ações oferecidas pelas instituições de apoio não se restringem a doações. As entidades religiosas, por exemplo, oferecem momentos de oração e de crescimento espiritual. Outras facilitam rodas de conversas entre moradores de rua para discutir sobre as principais dificuldades e como superá-las. A Pastoral do Povo de Rua, por exemplo, organiza fóruns de discussão sobre a população em situação de rua, reunindo

representantes tanto dos moradores de rua como também das diversas instituições que trabalham junto a essa população. O CAPR vincula o almoço à participação em oficinas sócio-educativas. Somente os usuários cadastrados nas oficinas e que efetivamente participam delas podem almoçar. No próximo capítulo tocaremos novamente nessa questão, quando discutiremos acerca política municipal de atenção ao morador de rua.

Quanto ao acesso dos moradores de rua aos serviços públicos, dos quais se destacam o atendimento junto às unidades de saúde e a retirada de documentos, surgiu especificamente a necessidade de interferência de um representante das instituições para intermediar esse acesso. No caso da saúde, o encaminhamento por escrito de um profissional do CAPR é visto como uma forma de conseguir atendimento de qualidade.

A primeira vez que eu estive no posto foi difícil, mas aí o meu encaminhamento de uma senhora que trabalha aqui no CAPR... Aí ela me levou lá pro... Que o encaminhamento me levava diretamente com a diretora lá do posto. Aí ela... Foi mais fácil pra mim. (Ent. 6, Grupo I)

Não. Não, assim, porque a gente não tem endereço fixo, aí eles ficam fazendo dificuldade pra atender, né? A gente, com muita tentativa, a gente arruma um encaminhamento nesses lugares, na repartição e consegue. (Ent. 6, Grupo I)

No que se refere à luta pelos direitos, especialmente quando são violentados pela polícia, percebemos a necessidade de o morador de rua ser representando por algum militante dos seus direitos, que geralmente são os mesmos representantes das instituições de ajuda. Acontece de esses representantes intervirem junto aos policiais no momento da agressão, muitas vezes entrando também em atrito; ou ainda contatarem órgãos de defesa dos direitos, tais como o Ministério Público.

Uma das moradoras de rua entrevistadas conta que não decorou o nome de um policial que a abordou na rua e tomou-lhe um rádio à força. Afirma que poderia ter pegado o nome, e que se o tivesse feito, teria levado para a coordenadora de uma das instituições mais atuantes no que se refere ao trabalho junto à população em situação de rua do município de Fortaleza, para que ela assim pudesse tomar alguma providência:

Não. Ai, se eu tivesse pegado eu tinha dado pra Fernanda e a Fernanda já tinha tomado providência. Eu fui tão burra nesse dia! Tão burra! Até hoje eu me condeno por causa disso. (Ent. 8, Grupo I)

Os planos para futuro, quando existem, muitas vezes estão associados em primeiro lugar ao tratamento para dependência química, e em segundo lugar, à possibilidade de conseguir um emprego. Um morador de rua condiciona qualquer mudança de vida a possuir

um emprego; é como se ter um emprego fosse a solução para todos os seus problemas. No entanto, para conseguir o tão sonhado emprego, resta pedir e esperar, de forma que há uma percepção muito restrita sobre as possibilidades de ação, seja individual ou coletiva, como instrumento de transformação. Os trechos abaixo sugerem, inclusive, uma cultura assistencialista e paternalista ainda muito forte em nossa sociedade:

Aí eu arrumando um emprego, eu alugo um quarto, vou trabalhar, chego, abro, fecho, durmo. Final de semana... Fico mais tranqüilo, guardo minhas coisas. Porque aqui a gente guarda as coisas ali, se some. (Ent. 2, Grupo I)

Mas esperando aí. Que uma pessoa aí me dê. (Ent. 2, Grupo I)

Por exemplo, essa semana eu fui ali na administração do IJF, aí o rapaz disse assim: “-Rapaz, se você conhecer um político, um deputado, alguma coisa, mande o nome dele e traga um currículo.” Aí eu: “-Currículo da onde? Não tenho computador, não tenho dinheiro.” O cabra cobra parece que é dois e cinqüenta ou é três pra tirar. Retrato não tenho(...) Aí ele mandou até ir no dia 31 lá. (Ent. 2, Grupo I)

A relação dos moradores de rua com as instituições e com as pessoas solidárias que fazem doações no âmbito da rua não se restringe somente a dependência e resignação. Há instituições que se destacam em trabalhar o fortalecimento pessoal e coletivo dos moradores de rua, buscando fomentar a capacidade de responsabilização por si mesmo e pelo seu mundo.

Porque a gente não trabalha na perspectiva assistencialista, a gente trabalha na perspectiva de construção de sujeitos e direitos. Dentro dessa perspectiva de cidadão, as pessoas que têm direitos, mas também tem os deveres a serem cumpridos, né? Porque uma coisa que a gente percebe muito neles é essa dificuldade, sabe? De terem essa capacidade de se entenderem como sujeitos de direitos e deveres. Normalmente eles chegam com uma demanda que vêem apenas como direito que eles têm (Ent. 3, Grupo II)

A Casa da Sopa, por exemplo, promove encontros semanais abertos à população de rua, fazendo a palavra circular. Já a Pastoral do Povo de Rua costuma oferecer o espaço da casa, não somente para momentos de lazer e de integração entre os moradores de rua, mas também para a realização de reuniões com o intuito de discutir sobre a situação de rua na cidade, as problemáticas e dificuldades enfrentadas e estratégias de enfrentamento.

Um morador de rua, talvez o mais politizado dos que participaram da pesquisa (considerando formalmente entrevistados e as conversas informais da observação participante), num desses encontros, questiona: “Quando é que o morador de rua vai representar ele mesmo? Porque é sempre necessário alguma instituição para representar o morador de rua?”. Compreendemos, assim, que há, no interior dos grupos de moradores de rua, potenciais de transformação em amadurecimento.

Devemos diferenciar, no entanto, a escolha autônoma consciente por estar na rua da não consciência dessa autonomia. Heller (1994) distingue o campo de alternativas existentes da consciência das alternativas; e também a autonomia da consciência da autonomia. Temos que questionar se estar na rua é de fato resultado de uma escolha autônoma consciente ou da alienação das outras possibilidades de existência.

Interessante notar também que o fato de estar na rua permite uma certa liberdade que de outro modo não seria possível. Um entrevistado conta que estava empregado fazia poucos dias, mas que só ficou no emprego durante uma semana, pois julgou estar sendo explorado. Trabalhava pela manhã, tarde e noite, sem uma carga horária fixa e sem direito a compensações ou pagamento de horas extras. A possibilidade de simplesmente escolher não se submeter a relações de trabalho opressoras foi uma prerrogativa do morador de rua, exatamente devido ao fato de morar na rua. Imaginamos que se fosse um trabalhador que tivesse que prover uma casa e família, não haveria outra opção a não ser aceitar qualquer condição de trabalho, conformando-se com o simples fato de ter um emprego.

O último emprego que eu tive foi agora há pouco tempo, lá naquela rua, do outro lado da acolá na gentilândia ali. Eu estava trabalhando lá com freio, suspensão e embreagem de carro. Mas só que o cara lá estava me explorando porque ele queria que eu chegasse sete horas da manhã e saísse nove horas da noite, não estava pagando hora extra, nem nada, aí eu deixei pra lá. Abandonei lá. (...) passei só uma semana lá, que eu não estava agüentando não, porque ele estava explorando demais. Saí. Hora de serviço é oito horas de dia e cinco horas da tarde sai. Se passar disso tem que pagar hora extra, né? Ele não estava pagando, aí eu desisti dele. (Ent. 6, Grupo I)

Percebemos, pois, que, se por um lado a vida na rua é caracterizada por fortes relações rotineiras de dependência, por outro lado, o morador de rua tem capacidades de escolhas que de outra forma não teria. Ainda assim, compreendemos que a *necessidade de autonomia* dos moradores de rua pressupõe a crença na capacidade de superação das relações de dependência; a capacidade de se organizar coletivamente buscando transformar as condições de vida, intervindo, assim, nos determinantes da saúde e da doença dessa população.

Concluimos com a afirmação de Cecílio (2001, p. 115), o qual diz que a “(...) autonomia implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e esta ressignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades de forma mais ampla possível”. Complementamos com a idéia de que, no caso dos moradores de rua, a luta pela satisfação implicaria o reconhecimento das necessidades de saúde e a transformação do contexto em que se produzem essas necessidades.

Consideramos útil compreender, a partir de Heller (1986, 2008), de forma breve, as duas categorias tratadas anteriormente, o individualismo e a dependência/autonomia, que nos levou a destacar, junto aos moradores de rua, a necessidade de superação do individualismo e de cooperação e a necessidade de autonomia.

Autonomia, cooperação e coesão social podem ser consideradas, partindo do pensamento helleriano, como potenciais humanos que caracterizam riqueza das necessidades humanas. São categorias que remetem respectivamente à liberdade e à socialidade destacada por Heller (1986). A esse respeito, Heller (2008) encontra em Marx a idéia de essência humana, que é composta pelo trabalho, sociabilidade, universalidade, a consciência e a liberdade. Essência humana não seria, para ela, algo que sempre esteve presente na humanidade, mas a realização gradual das possibilidades imanentes ao gênero humano.

Assim, tomar o outro ser humano como um fim, e não como um meio para interesses privados, é condição para a superação do individualismo, na medida em que o outro deixa de ser visto como um rival e como um mero objeto para um interesse particular; é condição, também, para o desenvolvimento da autonomia, especialmente se pensarmos autonomia como a capacidade de fazer escolhas e dirigir a vida, não de forma individual, mas por meio de uma responsabilização compartilhada de si e do mundo.

4.2 Os desafios para as políticas sociais diante das necessidades de saúde dos moradores de rua

4.2.1 A política de saúde: o acesso dos moradores de rua aos serviços de saúde

No caso da política de saúde, não existe uma proposta sistematizada, nem um serviço específico de atenção ao morador de rua, que, portanto, deve buscar atendimento na rede de saúde destinada ao atendimento da população de uma forma geral. A rede de atenção a saúde abrange entre outros serviços, a atenção básica, a média e a alta complexidade, bem como os serviços de saúde mental.

No que se refere à saúde mental, existem atualmente 14 CAPS, sendo seis CAPS geral (para atendimento a adultos com transtornos mentais graves), seis CAPS AD (para o atendimento ao usuário de álcool e outras drogas), e dois CAPS i (para atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais); uma residência terapêutica; há também 12 leitos

credenciados pelo Ministério da Saúde para o Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e outras Drogas, mas não está em funcionamento, pois não há ainda nenhum hospital conveniado.

Dessa forma, tendo em vista que não há uma política, programa ou serviço de saúde específico para o atendimento ao usuário morador de rua, este dispõe dos serviços de atenção primária, secundária e terciária e de saúde mental da mesma forma que qualquer outra pessoa. A questão que deve nortear o poder público na elaboração de políticas públicas voltadas ao morador de rua é se esses serviços vão se adequar, de fato, às características específicas dos moradores de rua.

Gostaríamos de abordar aqui, juntamente com a discussão sobre a política de saúde, a uma necessidade que atinge não somente moradores de rua, mas que é compartilhada com a população em geral: a *necessidade de acesso aos serviços de saúde*. O acesso e a efetiva produção do cuidado e da atenção à saúde, na medida em que podem facilitar a garantia da satisfação das necessidades de saúde dos usuários, acabam sendo considerados, por si só, uma necessidade.

Para compreendermos o significado do acesso a partir das falas dos moradores de rua entrevistados acerca das suas experiências pessoais de utilização dos serviços de saúde, precisamos entender e definir a que conceito de acesso nos referimos. Travassos e Martins (2004) discutem sobre a complexidade deste conceito, que é às vezes empregado de forma imprecisa, variando entre autores e modificando ao longo do tempo.

Alguns autores distinguem as expressões “acessibilidade” e “acesso”, compreendendo a primeira como sendo a chegada dos usuários aos serviços, enquanto que a segunda referindo-se à qualidade da atenção de forma a atingir os melhores resultados possíveis. Outros usam ambos os substantivos como sinônimos (TRAVASSOS e MARTINS, 2004; SOUZA et al, 2008).

Não há, portanto, consenso conceitual no que se refere a acesso e acessibilidade. Travassos e Martins (2004, p.196) destacam que, apesar das divergências entre vários referenciais teóricos, podem ser encontradas concordâncias em relação ao conceito de acesso. Segundo as autoras, “(...) prevalece a idéia de que acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta”. Destacam ainda que a tendência é ampliar a abrangência do conceito, considerando não somente o eixo da entrada nos serviços mas também o processo e os resultados do cuidado.

Alinhados com esse pensamento Souza et al (2008) compreendem que acesso não diz respeito somente à entrada do usuário no serviço de saúde, à quantidade de portas de

entrada, mas refere-se também à qualidade da atenção, incluindo aspectos relacionados à organização e aos processos de trabalho e considerando a análise de diversas dimensões (como a geográfica e a sócio-econômica).

Acesso envolve, portanto, as características da oferta, que pode facilitar ou dificultar a possibilidade das pessoas utilizarem os serviços de saúde quando deles precisarem. Outras características associadas ao acesso, além da distribuição geográfica do sistema de saúde, podem ser a disponibilidade dos serviços, a disponibilidade e qualidade dos recursos tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o sistema (TRAVASSOS, OLIVEIRA E VIACAVAL, 2006).

Compreendemos acesso, portanto, considerando tanto a entrada do usuário ao serviço de saúde como a continuidade e a qualidade da atenção e do cuidado. Para que o acesso seja facilitado, deve existir uma adequação entre a oferta dos serviços de saúde e as necessidades de saúde dos usuários. Destacamos, entre os aspectos que podem facilitar o acesso, a disponibilidade dos serviços e sua adequada distribuição geográfica, o acolhimento e a aceitabilidade dos usuários e trabalhadores (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

Considerando esse conceito, compreendemos que, de uma forma geral, os moradores de rua apresentam-se insatisfeitos com o acesso aos estabelecimentos de saúde do município, entendendo que são mal atendidos, especialmente pelo fato de serem moradores de rua, mal vestidos e não possuem documentos e endereço fixo. A maioria dos discursos convergiu em afirmar que o acesso aos serviços de saúde é difícil. Essa dificuldade abrange tanto a primeira instância de acesso, ou seja, adentrar no serviço de saúde, bem como outras instâncias como conseguir consulta, exames, acolhimento etc.

Uma das barreiras de acesso identificadas deve-se à ausência de endereço fixo e de documentos, tendo em vista que muitos moradores de rua não os possuem. As falas abaixo destacam a dificuldade em ser atendido pelo fato de não possuir residência nem documentos:

Difícil. Você não tem endereço fixo, o pessoal não quer atender a gente direito, sabendo que você mora na rua. Que nem, até há um tempo atrás morreu aquele cidadão lá na falta de um atendimento médico (...) porque a gente não tem endereço fixo, aí eles ficam fazendo dificuldade pra atender, né? (Ent.6, Grupo I)

... você tem que ter documento, tem que ter isso e aquilo, como outra vez o... uns dias aí atrás aí, um colega nosso morador de rua, nosso lá, pô, o cara começou a passar mal, aí ligaram do telefone público, aí lá no CSU: “Ele tem documento? Ele tem CPF? Tem identidade?”. O que é que tem a ver a identidade, o documento do cara com a doença do cara? Qual é o dever do médico, deles? É procurar salvar vida né, não importa. Aí: “Não, não tem documento, não, então não vamos”. Quer dizer, o cara morreu a mingua

por quê?(...) só por que o cara era morador de rua, não tinha documento, deixaram o cara morrer (Ent. 3, Grupo 1)

Somente três entrevistados não se referiram a dificuldades de acesso, sendo que um deles afirmou nunca ter buscado nenhuma unidade de saúde, enquanto outra relatou que usa o serviço de saúde, esporadicamente, apenas para fazer prevenção ginecológica, mas utiliza um hospital onde já possui cadastro desde antes de ir morar na rua. Não vivencia, portanto, as mesmas dificuldades ressaltadas pelos moradores de rua, pois ela chega ao estabelecimento não como uma moradora de rua, mas como uma usuária com endereço fixo. Apenas um entrevistado avaliou positivamente o atendimento prestado.

Não, eu... eu ia era de mês em mês fazer a prevenção lá no... quando eu tava em Messejana. (...)Aí depois que eu fui pra rua eu fiz ainda umas seis vezes, exame de prevenção. (...) Lá na... naquela maternidade (...)(Ent. 9, Grupo I)

Nota 10! Que pelo tratamento que eu tive, pela consulta que eu fiz, né? Aqui as duas receitas, tem que ir buscar (...) Eu sou bem atendido, tanto aqui no CAPR como... quanto ali no posto de saúde. A Doutora, como eu falei, a Doutora Carla, uma ótima médica. Uma ótima médica! (Ent. 5, Grupo I)

No aspecto normativo, não possuir documentos ou endereço fixo não deveria corresponder a um obstáculo ou barreira de acesso. Considerando um dos princípios do SUS, a universalidade, bem como a prescrição constitucional de *saúde como direito de todos e dever do Estado*, o acesso deve ser universal e igualitário: “o princípio constitucional de justiça social nos serviços de saúde pode ser traduzido em igualdade no acesso entre indivíduos socialmente distintos” (TRAVASSOS, OLIVEIRA E VIACAVAL, 2006).

Há também a percepção de ter sido tratado com desrespeito em serviços de saúde:

Como e que respeitam? Só da gente entrar eles já olham assim ó, pro nosso vestimento. Aí você chega lá: “Espera aí que eu vou já te atender”. Não é não? Eles parece que conhece assim o jeito, o nosso faro, sabe? Então eu não vou dizer que é um atendimento bom. No plantão, não, mas por quê? Tava pra perder a perna, vinte e dois pontos, a cara toda roxa... (Ent. 6, Grupo I)

Um dos moradores de rua entrevistados ressalta que a dificuldade em ser atendido deve-se ao fato de não possuir um acompanhante. No discurso abaixo, o participante percebe que possuir acompanhante é um critério mais importante do que a urgência e/ou necessidade do usuário. Na experiência que relatou, o entrevistado afirma que havia sido lesionado gravemente na cabeça e teve que esperar doze horas para ser atendido, enquanto outros usuários com problemas menos graves eram atendidos antes dele.

Ô louco, mano! Você chegar... Se você ver o cara chegar com a família dele assim e pá, e alguém te acompanhar... Porque na vez mesmo em que eu fui lesionado aqui, outra vez no Parque das Crianças, já esse ano, eu tive que esperar doze horas. Enquanto eu vi pessoas que chegavam acompanhadas, assim... Tipo assim, tipo essas trocas de pele que eu tenho

no dedo aqui, ó. “-Nossa, estou com problema e pá.” E ser atendido tão rápido (...)E quem não tem acompanhante fica sempre por último. É foda (...) você pode chegar todo esfaqueado lá, mas se chegar só... (Ent.1, Grupo I)

Em estudo sobre as desigualdades geográficas e sociais no acesso ao serviço de saúde no Brasil entre 1998 e 2003, Travassos, Oliveira e Viacaval (2006) concluíram que o padrão de acesso aos serviços de saúde no Brasil é bastante influenciado pelas condições sociais das pessoas e grupos e pelo local onde residem.

No caso do acesso dos moradores de rua ao sistema de saúde, Aristides e Lima (2009) destacam alguns agravantes que o tornam mais difícil do que em relação ao acesso à saúde da população em geral, que já não é tão fácil. No que diz respeito à necessidade de acompanhante, as autoras destacam as dificuldades na internação hospitalar, pois raramente há algum familiar ou amigo próximo que se responsabilize pela internação.

Além disso, o fato de o morador muitas vezes chegar ao estabelecimento de saúde com roupas sujas e/ou sem ter tomado banho contribui para o mau atendimento, de forma que, em muitos casos, o morador de rua sofre discriminação de outros usuários e de trabalhadores de saúde (ARISTIDES e LIMA, 2009).

Outro problema apontado corresponde à distância do serviço de saúde em relação ao centro da cidade, local de maior aglomeração de moradores de rua. O discurso abaixo aparece como complementar, ao destacar a dificuldade de acesso ao CAPS AD por conta da distância, constituindo-se uma barreira geográfica:

Eu saí que era muito longe pra mim. Ia a pé todo dia. (Ent. 7, Grupo I)

Entretanto, o problema não seria somente a distância, tendo em vista que em muitas ocasiões são disponibilizados vales-transportes aos usuários dos CAPS. É preciso considerar também obstáculos vivenciados por usuários de drogas de uma forma geral. Esse mesmo morador de rua confessa, por exemplo, que vendia os vales:

Tinha tudo esses vales, que eu pegava ele pra vender. (Ent. 7, Grupo I)

Além da dificuldade vivenciada pelo fato de ser morador de rua, não ter endereço fixo ou acompanhante, essa população compartilha também com os mesmos obstáculos e barreiras de acesso vivenciados pela população em geral. A falta de profissionais, a demora no atendimento, as fichas, a necessidade de chegar ao serviço de saúde de madrugada são os principais problemas apontados:

Nesse posto aí, meu amigo, por mim pode até queimar aquele postozinho ali de perto da escola normal (Ent. 4, Grupo I)

Deus me livre! Eu fui com encaminhamento daqui, meu irmão, chegou lá a mulher tava pra Aracati que o pai dela tava doente, até aí tudo bem. A Doutora Carla. Vim embora. Fui na segunda, na segunda não, na terça, cheguei na terça que era pra dar mais espaço, cheguei na terça necas de pitibiribas! Não foi ninguém trabalhar, o faxineiro disse. Fui na, na, na terceira vez que eu cheguei lá, também não ia ter expediente porque a doutora disse que não... as doutoras não vinham, tava tendo lá um negócio só pra atender não sei pra quem. Aí eu peguei, eu desisti. Aí aqui na coisa aqui, na roda de conversa, as educadores dizendo assim: “Mas você tem que ter paciência”. Eu disse: pô, o cara vai dentro do hospital três vezes né, doido, como é que a gente tem que ter paciência? (Ent. 4, Grupo I)

Aí fui pro médico, tentar lá marcar um exame, agendar uma consulta, não consegui. Aí a Elisângela diz que vai mais eu. Vai ligar pro posto, sei lá. E por aí fica (...) Porque disse que não tinha mais vaga. Ah, não tem mais ficha não. Ficha encerrou. (Ent. 8, Grupo I)

Essas falas acima se referem às barreiras de acesso do Centro de Saúde da Família (CSF) Paulo Marcelo, localizado no centro da cidade, consistindo numa das unidades de saúde mais procuradas pelos moradores de rua, por conta da proximidade para a maioria dessas pessoas.

Percebemos nos relatos tanto dos moradores de rua como dos representantes das políticas municipais que boa parte dessa população busca o CSF Paulo Marcelo por conta de sua localização central. Essa unidade de saúde também está situada próximo às instituições de atendimento à população em situação de rua, tais como o CAPR e a Casa do Povo de Rua, vinculada à Pastoral do Povo de Rua.

A entrevista com a profissional do PSF desse centro traz várias questões para pensarmos o acesso dos moradores de rua ao serviço. Em primeiro lugar, há uma série de limitações, desde excesso de demanda até insuficiência em termos de profissionais e de infraestrutura.

O CSF Paulo Marcelo possui atualmente três equipes da Estratégia de Saúde da Família, sendo que duas delas estão sem médicos. Ainda que as equipes estivessem completas, continuariam sendo insuficientes, pois, conforme relato da trabalhadora da unidade, existem áreas ainda descobertas. Convém destacar, também, a insuficiência de Agentes Comunitários de Saúde, pois são apenas 12 agentes para as três equipes, diante da alta demanda que converge para a unidade. O Ministério da Saúde recomenda que a equipe de PSF seja formada por Agentes Comunitários de Saúde em número de 4 a 6 (BRASIL, 2004). Levando em conta que a unidade de saúde é responsável por uma grande área de abrangência, localizado num grande centro urbano, a quantidade de agentes de saúde pode ser considerada insuficiente. Além disso, a unidade de saúde recebe pacientes de toda a cidade, inclusive até de outros municípios.

(...) porque na realidade, existem áreas que não é coberta de PSF na unidade. Nossa unidade não é totalmente coberta, seria necessário mais equipes de PSF para cobrir a área da unidade(Ent. 4, Grupo II)

É, e aqui a gente tem uma diferenciação bem grande das outras unidades que, por ser um local central, a demanda ela vem de todos os locais, né, então, tem paciente que vem aqui que é do maracanau tem paciente que é de Caucaia, tem gente que vem que é do Bom Jardim tem gente que vem do Luciano Cavalcante, de todo local, né, e como no momento a gente tá só com uma médica, clínica geral, que é a médica do PSF, então realmente para conseguir uma consulta é complicado as vezes é complicado. Inclusive as próprias pessoas da nossa área quando chegam, se juntam a gente, reclamam dessa dificuldade (Ent. 4, Grupo II)

Isso. O nosso PSF na verdade era pra cobrir Centro e Praia de Iracema né, a gente acaba cobrindo Fortaleza inteira, porque quem chega que consegue a consulta não é barrado, é atendido. (Ent. 4, Grupo II)

Além de ter que dar conta de toda essa demanda, incluindo a área territorializada (Centro da cidade e o bairro Praia de Iracema), as equipes precisam também atender a demanda de outros bairros e de outros municípios da Região Metropolitana de Fortaleza. Apesar dessas dificuldades, a entrevistada compreende que não existe barreira de acesso para o morador de rua, que ele é atendido como qualquer outro usuário. Na verdade, o que ela quis dizer é que na sua percepção o atendimento ao morador de rua não é pior do que o atendimento à população em geral, mas só o fato de serem distribuídas fichas de atendimento (uma queixa dos moradores de rua confirmada por ela) e de a unidade não contar com uma quantidade de profissionais suficiente para atender toda a demanda já são evidentes barreiras de acesso.

Além disso, considerando o conceito de acesso que estamos referenciando, devemos visualizar não somente à entrada do usuário no serviço de saúde, mas também o processo e os resultados do tratamento. O discurso abaixo, trecho da entrevista junto à trabalhadora da equipe de saúde da família do CSF Paulo Marcelo, diz respeito à dificuldade de manter a continuidade do tratamento, em decorrência das características típicas dos moradores de rua.

Na realidade não existem assim nenhuma, vamos dizer, barreira, que quando eles vem com um encaminhamento de lá, ou precisam de um atendimento a gente agenda, a maior dificuldade é a continuidade, porque às vezes eles, como não tem residência fixa, né, eles desaparecem a gente não tem como localizar para gente buscar, buscá-lo de volta para o atendimento(Ent. 4, Grupo II)

Panizzi e Franco (2004) ao discutir sobre a implantação do Acolhimento como dispositivo de reorganização dos processos de trabalho em saúde, consideram, como exemplos de barreiras e dificuldades de acesso aos usuários, a utilização de fichas, triagem e cartazes definindo o número de consultas. Compreendemos que a utilização de fichas busca organizar o

atendimento quando a demanda é superior à capacidade de oferta. Nesse caso, a pouca disponibilidade da oferta no atendimento da alta demanda que chega ao referido centro de saúde - por conta da sua localização central, incluindo infra-estrutura física inadequada e trabalhadores de saúde em quantidade insuficiente, constituem fortes barreiras de acesso aos usuários.

As limitações estruturais em atender à população de uma forma geral, e em especial aos moradores de rua, ficam bem claras no discurso abaixo, que se refere à inexistência de acolhimento como dispositivo de humanização das práticas de saúde. A deficiência da estrutura física da unidade também compromete a qualidade do atendimento:

O acolhimento formal, aquele que tem o local, pra escuta qualificada, ele não existe, né? Aqui o acolhimento funciona: o paciente chegou no SAME, na recepção, não conseguiu o que queria, ah então vamos lá na enfermeira pra ver o que é que pode ser feito, né, mas o local, bonitinho como eles querem, a escuta qualificada, a gente não tem, no começo a gente ate tentou, mas foi assim um estresse grande pra gente e pra população, pela própria estrutura física da unidade, que eles ficavam tudo aglomerado no corredor morrendo de calor, né, em cima dos outros pacientes que aguardavam consulta, e as vezes vizinho da fila do pessoal que ia colher sangue. E isso é uma própria dificuldade, às vezes a gente sabia que aquele paciente precisava de uma consulta médica, mas a gente não tinha o que fazer com ele porque não tinha medico na casa, então isso gerou um estresse muito grande, aí a gente agora tenta fazer dessa forma, o cliente não conseguiu o que ele queria, quando ele chegou, vem conversa com a enfermeira, com a coordenadora, com quem estiver disponível pra ver o que é que pode ser feito naquele momento. (Ent. 4, Grupo II)

O acolhimento pode ser compreendido como um dispositivo para reorganizar o serviço de saúde e melhorar o acesso dos usuários, fortalecendo as relações entre o serviço e o usuário. Souza et al (2008) consideram acesso e acolhimento como sendo essenciais para promover novas relações entre usuários, profissionais e serviços de saúde, caracterizadas pela humanização e valorização dos direitos de cidadania. Esses autores entendem ainda o acolhimento como um dispositivo fundamental para atender, facilitar o acesso, possibilitar a constituição de vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, e questionar o processo de trabalho, de forma a promover o cuidado integral.

Pensando de forma complementar, Franco, Bueno e Merhy (2007) destacam o acolhimento como uma etapa do processo de trabalho em saúde, interferindo na relação da equipe com o usuário e evidenciando a dinâmica e os critérios de acessibilidade. Consideramos adequada a definição de acolhimento como sendo:

(...) uma diretriz operacional do modelo, que traz em si uma ressignificação da relação com o usuário. Entendendo-o como sujeito e, portanto, como alguém que se apresenta nos serviços sendo portador de um problema de saúde, e além disso, de uma história de vida que age para formar sua subjetividade, trazendo consigo um modo cultural, relações sociais e a origem

em determinado meio ambiente. Além disso, é portador de direitos de cidadania, especialmente para o caso, o de ser assistido e ter sua necessidade de saúde atendida. Considerando isso, o Acolhimento é uma diretriz que só se encaixa em um modelo que opera centrado no usuário e no seu problema de saúde. (PANIZZI e FRANCO, 2004, p. 83)

De acordo com essa concepção, o acolhimento propõe a inversão da lógica de organização do serviço de saúde. Nessa direção, três princípios são destacados: i) oferecer atendimento a todas as pessoas que procuram o serviço de saúde; ii) a reorganização do processo de trabalho, que deverá deixar de ser centrado no profissional médico para ser centrado na equipe multiprofissional (equipe de acolhimento), de forma que todos os trabalhadores de nível superior e os auxiliares e técnicos de enfermagem possam participar da assistência direta ao usuário, melhorando o aproveitamento do potencial da equipe e da unidade de saúde; iii) Melhora da qualidade da relação entre trabalhador e usuário, baseada em referenciais humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO, BUENO e MERHY, 2007).

O acolhimento é, portanto, um importante dispositivo para melhorar o acesso dos usuários ao serviço de saúde. Pode contribuir, no caso do Centro de Saúde Paulo Marcelo, tanto para superar barreiras de acesso existentes para a população de uma forma geral, tais como a distribuição de fichas e a insuficiência de profissionais médicos, e especificamente para a população em situação de rua, tais como a dificuldade em manter a continuidade do tratamento, possibilitando a melhora da qualidade da relação entre os profissionais e as pessoas em situação de rua. A escuta qualificada, que o acolhimento facilita, permite o fortalecimento da solidariedade e o estabelecimento de um vínculo de confiança, de forma a responder adequadamente às necessidades de saúde do usuário (PANIZZI e FRANCO, 2004).

Com relação ao fato de as equipes estarem incompletas, a queixa dos moradores de rua entrevistados, corroborada pela trabalhadora do referido serviço, destaca a insuficiência de médicos. O acolhimento é visto também para rever processos de trabalho, que passariam a ser centrados não mais no profissional médico, mas numa equipe multiprofissional, valorizando todo o potencial dos trabalhadores de saúde, incluindo os profissionais não médicos e os trabalhadores de nível médio (auxiliares e agentes comunitários de saúde).

De acordo com Panizzi e Franco (2004), o processo de trabalho em saúde centrado no saber e na pessoa do médico não permite a utilização, pela equipe, de todo o potencial de saberes e práticas. O fato de os usuários não receberem assistência multiprofissional faz com que as necessidades de saúde dos usuários sejam definidas pela oferta do serviço, nesse caso, pela disponibilidade de consultas médicas. Com isso, segundo os autores, a resolutividade do

cuidado em saúde fica comprometida, pois a equipe de saúde não utiliza todo o universo de conhecimento, nem as muitas possibilidades de ofertar tecnologias de cuidado aos usuários.

A dificuldade em estabelecer uma relação de confiança e um vínculo significativo entre trabalhadores do Centro de Saúde Paulo Marcelo e os usuários moradores de rua está também relacionada ao processo de trabalho, caracterizado pela ausência de acolhimento e demanda excedente para consultas médicas, num contexto em que as equipes apresentam-se incompletas.

Uma outra dificuldade apontada pela mesma entrevistada, representante do serviço de saúde já citado, refere-se ao medo dos funcionários, tendo em vista que muitos moradores de rua chegam ao serviço sob efeito do uso de drogas:

Assim às vezes o que acontece é muito por medo, porque aqui a gente não dispõe de guarda municipal, aqui a gente não tem segurança, a gente tem só a pessoa, o rapaz que é dos serviços gerais, que, entre aspas, ajuda na segurança, mas não é um segurança formal, né, então às vezes alguns chegam alcoolizado ou sob o uso de drogas, e isso às vezes a gente fica com medo, até porque a grande maioria dos funcionários serem mulheres né, então isso às vezes dificulta mas quando chegam tranqüilos, normais, não tem dificuldades, como qualquer outro paciente né. E ele se identificando como morador de rua, principalmente, quando é encaminhado pelo CAPR a gente facilita o acesso dele ao serviço (Ent. 4, Grupo II)

O medo de atender a moradores de rua que apresentam sinais de ingestão de álcool ou de outras drogas surge como mais uma barreira de acesso, que obstaculiza sobremaneira a formação do vínculo entre o serviço e o usuário. Não descartamos a necessidade de existir um vigilante no serviço de saúde, considerando que o medo de assaltos ou de outros atos de violência pode ser um aspecto que desmotiva os trabalhadores de saúde. Contudo, a sensação de insegurança sugerida pelo discurso acima também pode traduzir um despreparo do serviço de saúde em atender moradores de rua e usuários de drogas. O estabelecimento de uma relação de confiança, bem como o conhecimento mais significativo da realidade desses sujeitos, como forma de proporcionar uma relação interpessoal mais próxima dos moradores de rua e suas demandas poderiam reduzir o medo e a sensação de insegurança.

Assim como nos relatos dos moradores de rua, o entrevistado representante da Coordenação da Política de Saúde Mental percebe que é necessário investir na preparação dos profissionais de saúde para atender especificamente moradores de rua. Não entendemos com isso que não há profissionais capazes de atender ao morador de rua, mas os discursos dos entrevistados e os dados coletados na observação participante levam a crer que muitos trabalhadores de saúde ainda não conhecem suficientemente a realidade dos moradores de rua, e problemática por que passa, de uma forma geral, essa população, o que pode ser observado no depoimento da representantes do CSF:

Nós precisamos investir na capacitação para a abordagem ao morador de rua, especificamente. Como essas pessoas devem ser abordadas, que tipo de vínculo profissional que o CAPS vai estabelecer com eles, como é que vai se construir a ética dessa relação, que é completamente diferente de uma ética de, por exemplo, um psicólogo que atende no consultório. É completamente diferente de uma aliança terapêutica que é travada num consultório, dentro de um espaço muito mais institucional, sistematizado. Então eu acho que nós precisamos caminhar nessa questão aí. Na questão do manejo, de como você lidar (Ent. 2, Grupo II)

Nos demais discursos dos entrevistados do grupo II, ou seja, os representantes das políticas de saúde e de assistência social, também podem ser encontrados relatos acerca das dificuldades pelas quais os moradores de rua passam ao serem atendidos nas unidades de saúde, devido tanto à distância em relação ao serviço, como também ao preconceito, à falta de documentação e falta de higiene. Os dados coletados junto a esse grupo convergiram em apontar alguns obstáculos no que se refere ao acesso do morador de rua aos serviços:

(...) primeiro essa questão da documentação que muitos moradores não tem e eles não queriam atender por isso, se não tem documento não é atendido nos postos de saúde; e segundo por essa questão mesmo de... do não atendimento respeitoso né, argumentação porque o morador chega, não tá muito limpo, essa questão da higiene, eles sempre reclamavam disso, preconceito, é de que não tinham atendido como de fato, como cidadão, como qualquer outra pessoa. (Ent. 1, Grupo II)

É. Porque achavam que a clientela era difícil, porque a clientela... Geralmente os hospitais têm leitos clínicos, têm leitos maternidade, acham que eles são... Que “-Ah, como é que pode? Ele está cheio de tatuagem(...)”? (Ent. 2, Grupo II)

Uma outra importante questão apontada pelos participantes do grupo II diz respeito à dificuldade dos moradores de rua de se adequarem às instituições de saúde, por conta de sua desfiliação institucional, de sua não adequação fácil a regras institucionais. Os moradores de rua não conseguem se adequar facilmente à rotina característica das instituições, que incluem dias e horários fixos para a realização de exames e de consultas, por exemplo. Os discursos sugerem ainda que os serviços de saúde são territorializados enquanto o morador possui uma prática desterritorializada:

às vezes ele consegue ser atendido, mas o retorno que é marcado com hora, com data fixa, o morador de rua ele não... é... se adequa muito bem a essa, essa lógica do território, do tempo e do espaço formais que os serviços públicos e as instituições elas costumam trabalhar dessa forma, né. (Ent. 1, Grupo II)

Há um extrapolamento em relação à dificuldade de se manterem em instituições fechadas, que eu digo, assim, instituições sistematizadas, vamos dizer. Não são instituições fechadas, porque elas podem frequentar e sair a hora que quiserem, mas são instituições que têm uma sistemática. Então existe uma dificuldade, sim. Uma barreira. Não é uma barreira fixa, é uma barreira invisível, uma barreira de construção interna. (Ent. 2, Grupo II)

Um dos discursos percebidos junto aos entrevistados do grupo II diverge dos demais por ressaltar, não exatamente os limites dos serviços de saúde de prestar um atendimento de qualidade ao morador de rua, mas a falta de paciência dessas pessoas em esperar o momento de ser atendido. Essa entrevistada, representante do CAPR, aponta nos moradores de rua a dificuldade de cuidarem e de se responsabilizarem por si mesmos.

É o que eu te falei, eles mesmos, como eles têm essa dificuldade de responsabilidade sobre eles, muitas vezes eles não vão. E eles são extremamente impacientes. Aí, assim, não querem esperar. Chega um lá, passa um tempinho volta, sem atendimento, muitas vezes reclamando, porque não espera. (Ent. 3, Grupo II)

Compreendemos que a própria espera pelo atendimento, quando muito longa, que é o que acontece em serviços nos quais a capacidade da oferta não corresponde à alta demanda, já pode ser considerada uma barreira de acesso, que dificulta não somente a entrada do usuário no sistema de saúde como também a continuidade do tratamento. Nas conversas informais possibilitadas pela observação participante, não foi difícil perceber a insatisfação dos moradores de rua com a qualidade do atendimento de saúde. Um deles, por exemplo, reclamava de dores de cabeça, mas recusava-se a ir a um serviço de saúde, pois tinha a convicção de que nada seria resolvido. Preferia comprar analgésicos por conta própria.

A crença de que a busca pelo serviço de saúde não traria nenhuma resolubilidade faz com que os usuários nem sequer se dirijam à unidade, dificultando tanto a entrada quanto a continuidade do tratamento. Esse comportamento, ou seja, o fato de os usuários acreditarem que as ações de saúde possam lhes trazer algum benefício é considerado como um dos fatores que interferem no acesso (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

Concordamos com a idéia de que muitos moradores de rua de fato não têm paciência de esperar pelo atendimento. Contudo, o longo tempo de espera é uma constante na maioria dos serviços de saúde, justamente pela grande demanda e a falta de profissionais para atender. Não é somente o morador de rua que sofre com longas esperas por atendimento. No entanto, quanto ao morador de rua, o seu histórico de abandono, de injustiça, a sua mobilidade na rua, o torna mais impaciente para esperar, de forma que eles não se adequam facilmente às características e regras do serviço. Por ora, nos limitaremos a mencionar que devem ser feitos esforços buscando uma co-responsabilização entre gestores, trabalhadores e usuários, em prol da defesa da vida e da saúde dos moradores de rua.

Todas essas dificuldades de acesso pelos moradores de rua, considerando também as limitações estruturais dos serviços de saúde, nos levam a pensar sobre a necessidade de se criar um serviço de saúde que atenda especificamente aos moradores de rua, que dê conta de

suas particularidades e singularidades. Atualmente não existe um serviço de saúde específico para atender ao morador de rua.

Não, nós buscamos nas coordenações, né. Não existe né, sabe-se que, por exemplo, hoje a saúde ela inclusive do ponto de vista normativo ela tem que desenvolver é... ações e prestar serviço pra população de rua né, isso a gente sabe, mas não existe um canal específico, a gente vai mesmo na... na saúde mental, na atenção básica, nos hospitais, a gente chega e informa geral. . (Ent. 1, Grupo II)

Diante dessas dificuldades por que passam os moradores de rua no que se refere ao acesso às unidades de saúde, os discursos apontam as estratégias utilizadas por eles no sentido de superar obstáculos elencados. Uma dessas estratégias é não dizer que é morador de rua, dá o endereço do CAPR ou de algum familiar:

Por que eu não disse que morava na rua, eu dei o endereço da minha família, eu não cheguei dizendo que morava, não, porque tem certas ocasiões que não é obrigado você dizer que é morador de rua, não(...)Então eles perguntaram, pediram os meus dados, eu dei (...) aí eu fui e dei o endereço lá da casa da minha tia (Ent. 3, Grupo I)

Outra estratégia muito utilizada especialmente após a implementação do Centro de Atendimento da População de Rua é buscar o serviço de saúde já portando um encaminhamento de algum profissional desse serviço.

A primeira vez que eu estive no posto foi difícil, mas aí o meu encaminhamento de uma senhora que trabalha aqui no CAPR... Aí ela me levou lá pro... Que o encaminhamento me levava diretamente com a diretora lá do posto. Aí ela... Foi mais fácil pra mim. (Ent. 6, Grupo I)

As informações coletadas nas entrevistas nos levam ao entendimento de que alguns dos moradores de rua deixam, inclusive, de ir em busca de atendimento sem o encaminhamento. É o que acontece com um dos participantes que afirmou ter deixado de fazer o tratamento de um problema de saúde, pois tinha perdido o encaminhamento do CAPR.

Uma outra estratégia, que ilustra a insatisfação do morador de rua com o atendimento em saúde, em particular devido ao preconceito, está traduzida no discurso abaixo, no qual um dos entrevistados afirma que após ter sido agredido com um pedaço de pau na cabeça, dirigiu-se, todo ensangüentado, à delegacia de polícia para registrar a ocorrência, antes de procurar o serviço de saúde. Segundo ele, chegar ao serviço de saúde com um Boletim de Ocorrência era um recurso para não ser vítima de preconceito, mais especificamente, evitar não ser confundido com um criminoso:

Na mesma noite. Eu fui na delegacia e o cara falou: “-Quem é você?”, pá. “-Não, vai logo no hospital.” Pá, pá, pá. “-Não, eu não vou, brother, eu vou fazer primeiro o BO.” Ele: “-Não, você pode ter aqui um ataque, convulsão.” E eu fiquei banhado de sangue mesmo. Eu... A parada aberta, assim, a delegada olhou na praça da polícia ali, a Praça

Getúlio Vargas, ela olhou minha cabeça e disse assim: “-Moço, pelo amor de Deus, se tu tens uma hemorragia e morre aqui dentro eu não vou me responsabilizar não.” Eu falei: “-Não, vou fazer primeiro o BO e depois eu vou lá.” Faltou condução, faltou foi tudo pra ir ali. E é dinheiro público, cara. (Ent.1, Grupo I)

As barreiras de acesso discutidas acima estão associadas a várias dificuldades enfrentadas no âmbito dos serviços de saúde. A representante da coordenação de saúde mental entrevistada destaca, por exemplo, quatro grupos de dificuldades no que se refere ao atendimento ao morador de rua usuário de drogas e/ou portador de transtorno mental, pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O primeiro grupo refere-se à insuficiência de transporte para que os profissionais façam visitas ao morador de rua:

Existem as dificuldades da ordem mais... Estruturais, práticas. Por exemplo, nós temos um limite de carros, não temos carro todo dia e toda hora, pela própria questão dos recursos, da racionalização que a gente tem que usar esses recursos, então os carros... Eles dividem os horários dos carros. Então nós não temos carro 24 horas, cinco dias na semana, né? Geralmente é um carro pra cada dois CAPS. E são períodos, é dividido em período. Geralmente varia entre três a quatro períodos. Que daria o quê? Um dia e meio a dois dias de carro por CAPS. Então a gente tem essa limitação. Não é uma dificuldade, não é um impedimento, mas é uma limitação (Ent. 2, Grupo II)

Outra dificuldade, também presente no serviço de saúde mental decorre do acúmulo de tarefas dos trabalhadores dos CAPS, que facilitam grupos no interior do equipamento, atendem a familiares, fazem matriciamento junto à atenção básica etc, de modo que a quantidade de profissionais acaba se tornando pequena para lidar com a alta demanda característica de uma cidade com dois milhões e meio de habitantes.

A mobilidade do morador de rua é outra dificuldade apontada. Em algumas ocasiões, o CAPS recebe telefonemas da população informando sobre pessoas alcoolizadas freqüentando o espaço público e solicitando uma intervenção do poder público. Em decorrência das duas dificuldades anteriores, nem sempre há a possibilidade de a visita ser feita no mesmo dia, de forma que é comum acontecer de no dia seguinte o usuário não ser localizado no endereço indicado.

Então a gente tem uma dificuldade ainda de estar rastreando essa pessoa, sabendo onde essa pessoa está. E aí como tem essas outras dificuldades do carro, do pessoal, a gente... Limita bastante. (Ent. 2, Grupo II)

A quarta dificuldade apontada corresponde ao perfil e qualificação do profissional em trabalhar com a população em situação de rua. Na gestão municipal atual, já foram oferecidos alguns cursos para os trabalhadores de rede de saúde, como, por exemplo, atendimento à população GLBTT (gays, lésbicas, bissexuais, transgêneros, transexuais e travestis), atendimento ao usuário portador de HIV, práticas artísticas, violência sexual contra

crianças e adolescentes etc. No entanto, ainda não houve uma capacitação específica dos profissionais para abordar o morador de rua, embora esta não seja uma problemática recente, tanto que em 2000, pesquisa feita pelo Instituto Municipal de Administração e Recursos Humanos (IMPARH), órgão da prefeitura, apontou a existência de 2040 moradores de rua (SOUZA, 2008).

Nós já conseguimos avançar muito em termos de qualificação da nossa rede, são quatro anos de funcionamento. Mas a gente ainda percebe que existem limitações. Pra essa população, que é algo, assim, mais ou menos novo, nós sempre tivemos casos de população. Mas a gente percebe que está se intensificando mais, que a rede vai ampliando, vai ficando mais conhecida e as pessoas vão solicitando mais. Então eu acho que essa é uma necessidade. Nós precisamos investir na capacitação para a abordagem ao morador de rua, especificamente. Como essas pessoas devem ser abordadas, que tipo de vínculo profissional que o CAPS vai estabelecer com eles, como é que vai se construir a ética dessa relação, que é completamente diferente de uma ética de, por exemplo, um psicólogo que atende no consultório. É completamente diferente de uma aliança terapêutica que é travada num consultório, dentro de um espaço muito mais institucional, sistematizado. Então eu acho que nós precisamos caminhar nessa questão aí. Na questão do manejo, de como você lidar (Ent. 2, Grupo II)

Além do mais, devemos reconhecer que em muitos casos os moradores de rua demandam atendimento de urgência do poder público. Esse reconhecimento está expresso na Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2004), que considera os moradores de rua como situação de risco pessoal e social que demanda atendimento e serviços de proteção especial de alta ou média complexidade, caso haja ou não respectivamente rompimento dos vínculos familiares e comunitários.

A proteção social especial é a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram 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 sócio-educativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras. (BRASIL, 2004, p. 31)

Há, por parte da representante da política de saúde mental entrevistada, um reconhecimento da necessidade de preparar a rede para a abordagem ao morador de rua. Existe também a preocupação dos gestores com a educação permanente dos trabalhadores da rede de atenção em saúde. Em 2006, foi instituído o Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE), que entende a educação permanente como estratégia de transformação do modelo de atenção em saúde. Vários cursos já foram realizados, incluindo Residência Multiprofissional em Saúde da Família, cursos de especializações e outros cursos de formação, além de fazer articulação com universidades e faculdades. (ESMERALDO, 2009).

Infelizmente, a preparação dos profissionais para lidar com o usuário morador de rua existe apenas enquanto projeto, não tendo ainda sido concretizada em ações educativas no

que diz respeito ao conhecimento da realidade dos moradores de rua e ao seu atendimento. No trecho abaixo, a entrevistada afirma que, apesar de se reconhecerem avanços, e de haver a preocupação constante de qualificação das equipes, ainda há profissionais que não se adequaram ao perfil exigido pela política de saúde mental no processo de trabalho de serviços substitutivos como os CAPS.

Nós percebemos que determinados profissionais avançaram muito e outros profissionais ainda precisam avançar mais. E a gente continua investindo nessas pessoas, faz a mediação. Nós temos um projeto de supervisão. A qualificação é permanente, a educação é permanente. Nossos cursos são feitos pela educação, pelo setor, pelo sistema de saúde de escolas, que é o setor oficial da educação permanente aqui. E a gente vai trabalhando as pessoas dessa forma. Existem lacunas que nós estamos procurando detectar e sempre a gente está procurando oferecer o retorno. (Ent. 2, Grupo II)

A representante da SEMAS também mostra-se preocupada no que se refere à visão dos profissionais de saúde acerca dos moradores de rua, por achar que muitos deles apresentam a idéia de que tem que tirar da rua, sem olhar para a complexidade das questões vivenciadas por essa população e que vai muito além da urgência em sair da rua. É o que revela o discurso abaixo:

(...)eu acho muito mais do que essas questões de acordo, questão de reuniões com gestão, de pactuação, é preciso também a gente trabalhar a própria visão do profissional de saúde tem com relação a população de rua que ainda me preocupa muito(...) No aspecto assim de... de não compreender as suas especificidades né, de saber que, que é um segmento, que é... extremamente heterogêneo né, que tem essa característica mesmo da... essa característica nômade, da não vinculação com as instituições formais né, eu acho que existe ainda muito que se compreender com relação aos profissionais de saúde (...) de compreender por que leva essa vida, parte sempre de um princípio de que tem que tirar da rua né. (Ent. 1, Grupo II)

Os discursos do grupo II também convergiram em relação à dificuldade de o morador de rua de se adequar às regras e rotinas institucionais. Os trechos abaixo ilustram a idéia de desfiliação institucional como uma das grandes dificuldades de prestar serviços de saúde ao morador de rua.

Muitos vivem mesmo na rua, como já teve inclusive morando aqui em frente, aqui do lado da unidade. E que a gente tenta se mobilizar, mas muitas vezes não consegue uma resposta positiva. Já tivemos experiência também com morador de rua que fazia tratamento de tuberculose, que ele foi encaminhado pra, pra, são instituições que fornecem abrigo para moradores de rua, né, e ele passou por duas instituições, o CAPR chamou a gente pra um outro atendimento, e ele disse que não queria mais ir para nenhuma das outras instituições porque se sentia preso, porque tinha horário pras coisas, porque tinha normas para as refeições, tinha uma oração, tinha isso tinha aquilo, ele se sentia preso, não gostava, então ele não queria mais nenhuma daquelas instituições, né, então às vezes é um pouco difícil, também, pelo próprio modo de vida deles, a gente conseguir, vamos dizer assim, um local para eles. Isso dificulta quando eles precisam de um tratamento de saúde. Aqui a gente tem a experiência muito forte com a questão da tuberculose, ne, que a gente já teve, vários pacientes moradores de rua, que a gente tentou inclusive solicitar que eles ficassem em algum abrigo pra facilitar o contato da

gente com eles, durante o tratamento. Porque eles são um grande índice de abandono, do tratamento de tuberculose, então uma problemática muito intensa, muito forte mesmo (Ent. 4, Grupo II)

O desafio é conseguir manter a continuidade do tratamento junto a essa população, tendo em vista que dificilmente eles retornam para permanecer no tratamento, além de que são difíceis de localizar devido à não existência de um endereço fixo e conseqüente mobilidade. A trabalhadora do Equipe de Saúde da Família do Centro de Saúde Paulo Marcelo ressaltava essa dificuldade referindo-se a uma tentativa de localização de um usuário:

(...) a gente tenta perguntar, quando eles vem pra cá, se eles tem algum local que a gente possa procurar, por exemplo, teve um que ele disse que ficava na praça do Carmo, então uma das vezes a referencia que ele deu, a gente foi atrás só que ele não estava lá,, mas tinha um senhor de um bar que sabia que ele tinha saído e ficou de dar o recado. Alguns, eles têm um local, vamos dizer, quase fixo para a dormida, ou que vão lá de vez em quando de apoio, que a gente tem como até procurar, mas outros dizem que um dia tão aqui outro dia tão ali, e não, não tem acesso, né? (Ent. 4, Grupo II)

É muito comum também os serviços de saúde agendarem consulta ou retorno em dia e horário fixo, tentando especificar uma rotina que é totalmente inadequada à itinerância dos moradores de rua. Alguns moradores de rua até conseguem, dependendo do caso e do período necessário, concluir um tratamento, mas talvez seja exceção. O discurso abaixo, da representante da SEMAS, destaca a necessidade de se ampliar o olhar para visualizar essas questões, que compreendemos ser um ponto de partida para começar a construir um outro modelo de intervenção de modo a afetar efetivamente o morador de rua.

Por exemplo, é... uma questão que a gente está vendo, depois que começou a trabalhar com população de rua, é essa questão assim... é... de você oferecer um serviço, de uma determinada forma, exigindo que pra aquele acesso ele tenha documentação, pra que ele crie um vínculo específico com aquele serviço, nem sempre isso funciona, né? A gente precisa é... ampliar esse olhar né, de que ele não vai ter documentação, mas ele é um cidadão direito que precisa atender. Então eu acho que isso o poder público precisa, não necessariamente, por exemplo, especificamente no caso da saúde né, que pra você acessar um serviço de saúde você tem que tá munido de documentação, pra você... saúde mental você tem que frequentar, por exemplo, o CAPS que fica numa rua tal, tal e tal, uma hora que o morador de rua, uma hora ele tá aqui, uma hora ele tá ali, ele é muito nômade. E nós temos, sim, que estar atentos a isso porque isso é uma coisa que... ele acaba incorporando nessa própria vivência de rua e que se nós não tivermos atentos a isso, os nossos serviços não vão chegar até eles. (Ent. 1, Grupo II)

A entrevistada vinculada à SMS, profissional do PSF, também destacou dificuldades estruturais no CSF Paulo Marcelo, conforme foi discutido anteriormente, incluindo a insuficiência de profissionais, excesso de demanda e limites da infra-estrutura física da unidade. Outra questão apontada refere-se à dificuldade de realizar os princípios do

PSF, pois, segundo relato transcrito abaixo, não há médicos suficientes na unidade para atender à demanda espontânea, que é alta em virtude da localização central.

É, infelizmente aqui não funciona bem. Não funciona. Por ser um centro como eu te falei, de uma localização fácil, acesso fácil e por ser até referencia na área de vacina, então desde que a gente chegou aqui que não conseguiu realmente fazer o atendimento do jeito que é pra ser de PSF, né, que é pra atender área adscrita, que é pra cada equipe ter os seus pacientes, aqui é o que chega, o que tiver, atende naquele momento, a gente infelizmente não tem essa, vamos dizer, seguindo a cartilha, né, tá ainda bem, tá um pouco distante. Ate pela deficiência de profissional médico, também, dificulta bastante, Porque em algumas unidades a gente sabe que tem o clínico e o medico do PSF, o clínico atende essa outra demanda, né, aqui como a gente só tem a medica do PSF ate a noite que tem, era pra ter o médico plantonista, um por noite, né, de segunda a sexta, que atende de 5 às 9 horas, no momento a gente só tá com médico na quarta feira, não tá conseguindo de jeito nenhum para os outros dias (Ent. 4, Grupo II)

Essas dificuldades, referentes à insuficiência de profissionais e à falta de infraestrutura estão inseridas no contexto de focalização das políticas sociais e de limitação dos gastos sociais e do papel do Estado implementado pelo ajuste neoliberal (MENDES, 1992).

A política pública de saúde vem se caracterizando pela tensão entre dois projetos antagônicos: o projeto do capital, representado e documentado principalmente pelo Banco Mundial, e o projeto dos setores progressistas que defendem os princípios e as diretrizes do SUS, representados pelos integrantes do movimento de reforma sanitária. (CORREIA, 2007)

As tendências da contra-reforma da Política de Saúde no Brasil, segundo Correia (2007), incluem três aspectos: i) o rompimento com o caráter universal do sistema público de saúde, que se encarregaria de prestar atendimento aos mais pobres; ii) a flexibilização da gestão dentro da lógica custo/benefício, ainda que para isso seja necessário privatizar e terceirizar serviços de saúde, instituindo novos modelos de gestão como as fundações estatais de direito privado, que, inclusive, estão previstas no Programa de Aceleração do Crescimento da Saúde ou Programa Mais Saúde; iii) e o estímulo à ampliação do setor privado na oferta de serviços de saúde, conforme proposta do Banco Mundial (CORREIA, 2007).

Devemos ressaltar, ainda pensando com Correia (2007), que o conjunto de gestores, profissionais de saúde, representantes acadêmicos, membros da sociedade civil e demais atores não formam blocos homogêneos. Ainda que todos tenham um discurso em defesa do SUS e dos direitos dos cidadãos, há diferenças na concepção em torno dos princípios do SUS e da política de saúde, como, por exemplo, no que se refere à universalidade e à participação da sociedade.

A defesa do SUS e a implantação da política de saúde de acordo com os seus princípios enfrentam uma série de resistências políticas, representadas por donos de hospitais, indústrias farmacêuticas e de equipamentos nacionais e internacionais, Associação Brasileira

de Medicina de Grupo, dentre outros. Há, portanto, uma correlação de forças entre esses grupos e setores progressistas que efetivamente defendem o SUS, de forma que as políticas públicas apresentam limitações, mas também desafios e possibilidades.

Uma estratégia que vem sendo considerada como fundamental na efetivação dos princípios do SUS é Estratégia de Saúde da Família. Em estudo sobre o processo de implantação dessa estratégia em Fortaleza, Esmeraldo (2009) considerou que neste município coexistem, na mesma unidade de saúde, dois modelos, o tradicional e o PSF, de forma que ainda se reproduzem velhas práticas tais como o atendimento da demanda espontânea com ênfase no atendimento clínico e na cura, exatamente como acontece com no CSF Paulo Marcelo, nesse caso, agravado pela localização para onde convergem usuários de toda a cidade.

Não existe, na unidade de saúde, a adscrição da clientela, que corresponde à definição de um território de abrangência e de uma área sob responsabilidade da equipe, dificultando o estabelecimento do vínculo com a população. Além disso, não há em termos normativos nenhum princípio ou diretriz do PSF que indique a possibilidade de se trabalhar junto a pessoas que não possuem residência, de forma que a diretriz operacional “cadastramento” refere-se à realização do cadastro de famílias, incluindo as condições de moradias, saneamento e ambientais de onde as famílias estão fixadas. O cadastramento é considerado como uma etapa que inicia o vínculo entre a equipe e a comunidade (BRASIL, 1997)

A não adequação aos princípios torna-se mais um obstáculo ao estabelecimento de vínculos com os moradores de rua, que são clientes (ou pelo menos potenciais clientes) do CSF Paulo Marcelo. Os agentes comunitários de saúde, que são elo entre a equipe e a comunidade, não visitam formalmente os espaços ocupados pelos moradores de rua, como as ruas, praças e instituições. O pouco contato dos agentes de saúde com os moradores de rua limita-se a reconhecer algum morador e lembrar onde ele pode ser encontrado, mas sem estreitar o vínculo ou estabelecer uma relação de confiança. É o que mostra a fala abaixo:

Com alguns. Até quando vem aqui eles “Ah aquele dali vive num sei aonde”, eles identificam o local, ne, as vezes eles mesmo percebem alguma coisa que ta diferente naquele morador e solicitam atendimento, eles são, os agentes de saúde daqui eles são bem atenciosos (Ent. 4, Grupo II)

4.2.2 A política de assistência social de Fortaleza para os moradores de rua e os desafios a serem enfrentados

A política municipal de atenção à população em situação de rua de Fortaleza-CE está em fase de implantação, de modo que não é possível fazer uma avaliação efetiva. Tentaremos, portanto, apresentar as principais características, avanços e desafios dessa incipiente política, fazendo uma breve discussão e tendo como ponto de partida principalmente as categorias “Política pública e as especificidades dos moradores de rua”, e “Intersetorialidade/fragmentação da política pública”, considerando as questões discutidas no capítulo anterior e outras.

A política municipal insere-se no contexto dos esforços do governo federal em garantir, institucionalmente, os direitos da população em situação de rua, recebendo incentivos financeiros para a criação de programas e serviços de apoio às pessoas em situação de rua.

O governo federal, por meio de iniciativas do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome vem, desde 2005, discutindo e implementando estratégias para formular e incentivar a elaboração de políticas, programas e serviços direcionadas à essa população.

Em setembro de 2005, ocorreu em Brasília-DF o I Encontro Nacional sobre a População em Situação de Rua, incluindo setores das três esferas de governos e representantes da sociedade civil. O encontro teve como objetivo discutir acerca das estratégias, desafios, financiamento por meio do Fundo Nacional de Assistência Social bem como de colher recomendações para a elaboração de políticas nacionalmente articuladas (BRASIL, 2008). O encontro discutiu ainda a Pesquisa Nacional Censitária e Por Amostragem da População de Rua, pesquisa que foi executada no ano de 2007 e divulgada no primeiro semestre de 2008 (BRASIL, 2008).

Ainda em 2005, no mês de dezembro, foi promulgada a Lei 11258, de 30/12/2005, incluindo no artigo 23º da Lei Orgânica da Assistência Social a criação de programas de apoio às pessoas em situação de rua. No ano seguinte, foi criado, por meio do Decreto s/nº de 25 de outubro de 2006, o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), com o objetivo de criar diretrizes e propor estratégias para a elaboração de programas para a população de rua (BRASIL, 2006).

Como resultado dessas discussões, foi elaborado o documento “Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua” (BRASIL, 2008), que tem o objetivo de garantir a inclusão social das pessoas em situação de rua, estabelecendo princípios, diretrizes e ações estratégicas de caráter intersetorial, envolvendo as três esferas de governo.

Em 2009, após um ano de discussões envolvendo governos federal, estaduais e municipais, juntamente com representantes da sociedade civil e moradores de rua, institucionalizou-se a Política Nacional para a População em Situação de Rua e criou-se o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da política (BRASIL, 2009). Durante o II Encontro Nacional sobre a População em Situação de Rua, foi assinado o decreto nº 7.053/2009 que regulamentou a referida política.

Em Fortaleza, setor responsável pelo planejamento e implementação da política social para as pessoas em situação de rua é a SEMAS, que atualmente conta com dois serviços direcionados especificamente para o morador de rua e vinculado à Coordenadoria de Proteção Especial: o Centro de Atendimento da População de Rua e o Espaço de Acolhimento Noturno, que compõem o Programa de Atendimento Integral à População de Rua:

(...) na verdade, assim, nós temos um programa que é o Programa de Atendimento Integral à População de Rua, que é onde tá o Centro de Atendimento a População de Rua, o CAPR e o espaço de acolhimento noturno (Ent. 1, Grupo II)

Nossa pesquisa de campo se deu somente no CAPR, que foi implantado em março de 2008, tendo em vista que o Espaço de Acolhimento Noturno somente começou a funcionar em meados do mês de novembro de 2009, quando estávamos encerrando a coleta de dados.

A proposta da gestão municipal, expressa fortemente nos discursos dos gestores e representantes da SEMAS, busca superar o assistencialismo que historicamente marcou a política de assistência social e que tem marcado o trabalho de instituições filantrópicas e/ou ligadas à entidades religiosas. Há instituições e projetos que trabalham especificamente fornecendo alimentação e banho para os moradores de rua; outras que associam lanche ou refeição a um trabalho de atendimento espiritual, seja individual ou em grupo, ou às vezes fornecendo um espaço de convivência.

Uma dessas instituições, que atua em todo o país, é a Toca de Assis, abrigo para moradores de rua, administrado por religiosos da ordem franciscana, que acolhem cuidam dos abrigados, dando remédio, banho, levando às unidades de saúde, em caso de tratamento, e proporcionando orientação espiritual e religiosa. Fortaleza sedia duas casas, uma que acolhe pessoas do sexo masculino, outra, do sexo feminino. Estudo realizado em 2007 acusou a ociosidade como uma das dificuldades enfrentadas (ESMERALDO FILHO, 2007).

A intervenção junto ao morador de rua sob uma lógica não assistencialista não tem sido fácil, segundo discurso da representante da SEMAS entrevistada. Surgiram alguns conflitos em decorrência da expectativa assistencialista de alguns moradores de rua, bem diferente da proposta formulada pela gestão:

Eles estavam acostumados a só receber. Quando eles chegam aqui, que, por exemplo, o prato de comida que eles comem, eles têm que dar uma contrapartida, eles têm que participar de uma atividade... Então, assim, pra eles, no início... Hoje a gente já está mais tranqüilo, mas no início era bem conflituoso. Eles queriam. Queriam porque queriam comer sem participar de nada. E a gente sempre foi muito firme em relação a isso. Porque desde o início é uma política mesmo da SEMAS: o CAPR não vai desenvolver um trabalho assistencialista. (Ent. 3, Grupo II)

E foi uma... ainda hoje é pra gente menos porque a gente já trabalha mais um pouco isso, é... também um grande desafio por que é... essa lógica assistencialista que a própria política de assistência historicamente tem esse ranço né, e por eles terem contato é... serviços que eram destinados a eles, eram serviços filantrópicos (...) da igreja, então eles queriam também que nós profissionais do CAPR assumissem que essa lógica é... assistencialista, caritativa, no sentido de que nós tínhamos que tutelá-los, tinha muita essa necessidade da tutela deles: vocês tem que ir atrás, vocês é que tem que fazer isso, vocês estão sendo pagos pra isso, fazia esse comparativo com as entidades que não recebiam nada e cuidavam né, e aí é... a gente trabalhou isso, essa perspectiva do cuidado porque nós também temos obrigação de cuidar, mas não esse cuidado da fé, é uma proteção muito mais voltada mesmo a acesso de direitos, a inclusão. Mas é um desafio muito grande por que eles sentem necessidade pelos próprios serviços que eles acessam antes e que tem esse cunho assim da caridade, do assistencialismo e trazer uma outra proposta mesmo voltada pro serviço público com uma obrigação de servir né, de tratá-los como sujeito e que nós não temos essa proposta de tutela, não temos. (Ent. 1, Grupo II)

Os conflitos ainda existem, conforme pudemos perceber ao longo das visitas ao CAPR. Em uma delas, uma moradora de rua esperava a oportunidade para participar de uma atividade em grupo. Como ela não era cadastrada no grupo (para poder almoçar no CAPR é preciso participar das atividades programadas para o dia), tinha que esperar saber se tinha faltado alguém, o que não aconteceu. Ela bradava sem parar que estava com fome e dizia: “esse pessoal daqui é tudo pirangueiro”. Em outra visita, fui destrutado por essa mesma usuária, que depois que soube que eu não era um funcionário da prefeitura, justificou-se dizendo que a indignação era contra os funcionários da SEMAS.

A reflexão que fazemos aqui é que, ainda que a proposta não seja assistencialista, a necessidade de se alimentar existe e precisa ser atendida. Há usuários que apenas chegam cedo ao CAPR, tomam banho, e logo saem para conseguir dinheiro ou outra forma de se alimentar. E não há espaço suficiente para toda a demanda que chega ao serviço; as atividades grupais têm uma limitação física em termos de infra-estrutura das salas de grupo. A capacidade em termos de pessoal, infra-estrutura e alimentação é insuficiente para atender a demanda:

Temos um problema de infraestrutura, de espaço. Nossos espaços não são muito adequados porque o CAPR foi criado pra atender 200 pessoas por mês e hoje nós estamos atendendo cerca de 1300 por mês. Então, assim, uma demanda que cresce todo dia. Todo dia (Ent. 4, Grupo II)

O funcionamento do CAPR busca seguir a proposta pensada pelos gestores da SEMAS, priorizando a participação em atividades grupais, de forma a promover interações e problematizar a realidade do morador de rua. Funciona de segunda a sexta, de oito às dezessete horas, sendo aberto à população em situação de rua. Não há triagens.

Inicialmente, quando chega um novo usuário, é feito um primeiro atendimento e preenchido um cadastro inicial, que contém itens que envolvem desde o histórico de vida na rua, passando pela informação sobre uso de drogas, atos de violência praticados ou sofridos, até as demandas, interesses e expectativas em relação ao projeto.

Em seguida, o funcionário do CAPR informa sobre como funciona a casa e os serviços desenvolvidos, que incluem o banho, lavagem de roupa, retirada de documentos, almoço, atendimentos individuais com assistente social e psicólogo, atividades sócio-educativas, atividades artísticas, cursos de inclusão produtiva, realizadas em grupo e abordagens de rua. Além disso, os educadores fazem averiguação de denúncias, quando alguém liga informando acerca de pessoas freqüentando um espaço público. Há, também, um guarda-volume, que está desativado, pois alguns perdiam a chave na rua e quando retornavam precisavam arrombar a porta, danificando os armários. Muitos usuários só se interessam em tomar um café, tomar banho e lavar suas roupas, não participando de nenhuma atividade.

As portas da instituição ficam abertas das 8 às 9 horas; e de 13 às 14 horas, não sendo permitida a entrada de nenhum usuário, cadastrado ou não, fora desses horários. Antes a porta era aberta a toda hora, no entanto, havia alguns moradores de rua que cometiam crimes e entravam na casa para se esconder da polícia.

A alimentação fornecida pelo CAPR, almoço e lanche à tarde, está condicionada à participação nos grupos. Cada grupo têm um cadastro com um número limitado de participantes. Geralmente, o limite máximo é de 15 pessoas. O lanche à tarde também está condicionado à participação em cursos e outras atividades.

A alimentação está ligada às atividades. Porque a gente não trabalha na perspectiva assistencialista, a gente trabalha na perspectiva de construção de sujeitos e direitos. Dentro dessa perspectiva de cidadão, as pessoas que têm direitos, mas também tem os deveres a serem cumpridos, né?(Ent.3, Grupo II)

O discurso dos coordenadores vinculados à SEMAS é de que as regras da instituição são criadas juntamente com os moradores de rua; de que eles participam da definição das regras e do modo de funcionamento. A proposta é não estabelecer uma relação de tutela com o morador de rua. Criar estratégias de co-responsabilização, de fazer com que o usuário se responsabilize pelo serviço. A idéia de manter as chaves dos armários em poder dos

moradores de rua faz parte dessa estratégia, que, nesse caso, não foi bem sucedida, pois em decorrência do modo de vida dos moradores de rua, eles acabavam perdendo as chaves.

Quanto à definição das regras, mesmo que haja o esforço em construí-las conjuntamente, nem todos os moradores de rua parecem se apropriar desse direito. Foi comum, ao longo da coleta de dados, ouvir reclamações de usuários sobre o modo de funcionamento da casa e mais frequentemente as atitudes dos coordenadores do CAPR, quando, por exemplo, um usuário é suspenso do serviço.

Nem sempre parece ser possível contar com a participação dos usuários na definição de algumas decisões. Numa visita ao CAPR, todos estavam reunidos num pátio grande da casa, inclusive estavam presentes representantes da SEMAS. No dia anterior, ocorreram graves conflitos depois que um morador de rua usuário do CAPR colocou fezes dentro de um saco e jogou na casa vizinha. A guarda municipal foi acionada, bateram num morador de rua, e no dia todos os usuários acabaram suspensos. A roda formada no pátio possibilitava a participação de quem se sentisse à vontade. Dois ou três usuários reclamavam da coordenadora do serviço, acusando-a de antipática e de tratar mal os moradores de rua. Os demais apenas escutavam. Em reunião posterior, com participação apenas dos coordenadores e trabalhadores do CAPR, discutia-se sobre o poder de manipulação de um ou dois usuários e sobre o medo outros usuários se manifestarem e receberem represálias quando saíssem às ruas.

Ou seja, além de alguns usuários não se apropriarem das regras, o medo de ser agredido ou até assassinado na rua pelo próprio colega morador de rua acaba impedindo-os de se expressar abertamente. Entendemos que apesar de se deixar um espaço para a fala dos moradores de rua e para a sua participação na definição das regras de funcionamento da casa, o espaço acaba sendo limitado pela proposta e filosofia já formulada pela gestão. A participação na definição de regras acaba sendo relativo, pois precisa se adequar à proposta de política definida pelos gestores. O que não quer dizer que não haja flexibilidade. O material empírico coletado nas entrevistas com os dois representantes da SEMAS mostra flexibilidade no que se refere ao funcionamento do CAPR. O aprendizado constante no trato com o morador de rua e as dificuldades inerentes a essa população provocam reformulações e adequações a essa realidade. O discurso abaixo ilustra a idéia de que os desafios inerentes ao atendimento das necessidades dos moradores de rua exigem mudanças nos processos de trabalho:

Às vezes você pensava em serviço, pensava em propostas, a pessoa tem que trabalhar, tem que fazer curso, vamos dar curso pra todo mundo e de repente tinha uma ou duas que queriam isso, outras não queriam, outras queriam outras coisas, outras só queriam só dormir um pouquinho ali naquele espaço, ou só conversar um pouquinho, ou participar de alguma atividade, ou se alimentar. Então existia essa dificuldade da gente compreender isso, fazer com que é... esse, essa instituição, que no caso o CAPR oferecia

um serviço, tinha uma proposta coletiva, tinha que ter regras e lidar com o outro que era completamente diferente, pra não dizer avesso ao que está posto nas instituições normais. Esse também foi um grande desafio. (Em. I, Grupo II)

O Espaço de Acolhimento Noturno tem a proposta de não ser um mero abrigo noturno, buscando trabalhar exclusivamente com moradores que já possuem a intenção de construir outras possibilidades de vida que não continuar com o mesmo modo de vida reproduzido na rua. A idéia inicial era acolher apenas os usuários do CAPR selecionados pela equipe da SEMAS; entretanto, foram incluídos também os usuários de outras instituições, como a Pastoral do Povo de Rua e o Leprosário São Vicente de Paula, após solicitação de representantes destas instituições:

O espaço de acolhimento noturno é um espaço que vai oferecer segurança de acolhida noturna à população de rua adulta de Fortaleza, mas ele é um equipamento que ele é a retaguarda do CAPR. Ele não é um albergue, onde as pessoas falam, o morador de rua chega e hoje eu quero dormir aqui. (...) as pessoas que são encaminhadas pro espaço (...) , elas são referenciadas pelo CAPR, elas tem que estar participando das atividades, né. E no CAPR a gente tem grupo de atendimento que tem o foco no projeto de vida, onde essas pessoas que são selecionadas, vamos dizer assim, pra ir pro espaço de acolhimento noturno, ele participa dessas atividades e aí ele já consegue re-significar um pouco o seu projeto de vida, ou seja, o espaço de acolhimento noturno é pra aquelas pessoas que demonstram desejo e que conseguem já minimamente se organizar pra sair da rua. (Ent. I, Grupo II)

Apesar ter não termos feito nenhuma visita ao espaço, tivemos contato, na rua, com os primeiros moradores de rua que foram acolhidos. No início de dezembro de 2009, sete moradores de rua dormiam no local. Dois dos acolhidos reclamaram da rigidez das regras que foram definidas, segundo eles, pela própria instituição. No entanto, eles informaram que protestaram contra algumas regras, como, por exemplo, horário limitado para assistir televisão, e que o protesto tinha surtido efeito, de forma que elas foram modificadas.

Compreendemos que a participação na definição de regras de instituições e a responsabilização pelo projeto não se dá de forma imediata; podemos perceber, contudo, que alguns moradores de rua se apresentam de forma participativa, inclusive reivindicando direitos e mudanças. Foi o que aconteceu com os usuários acolhidos no Espaço de Acolhimento Noturno.

Já discutimos sobre algumas das dificuldades apontadas não somente pelos moradores de rua, mas também pelos próprios representantes da SEMAS e da SMS. Com relação ao acesso aos serviços, referimo-nos às barreiras enfrentadas pelo segmento da população de rua, incluindo o preconceito, o desrespeito, o despreparo de alguns dos trabalhadores, os problemas decorrentes da falta de documentação e de endereço fixo, bem

como as limitações inerente aos serviços de saúde (insuficiência de trabalhadores, deficiência da infra-estrutura etc).

Outras dificuldades estão associadas às especificidades dos moradores de rua, incluindo, dentre outras, o nomadismo, a mobilidade, a heterogeneidade, o uso abusivo de álcool e outras drogas, a prevalência de transtornos mentais, a violência, a ruptura familiar e comunitária, bem como a ruptura institucional de uma forma geral.

A política de assistência social também sente dificuldades semelhantes, ou seja, a continuidade nas atividades oferecidas pelo CAPR. O discurso da representante deste centro ressalta a dificuldade do morador de rua em se manter em atividades num período de tempo mais longo, como os cursos profissionalizantes. Houve experiências em que uma turma iniciou o curso com 20 moradores de rua e terminou com apenas dois ou três.

Quando a gente vai selecionar curso pra eles, por exemplo, a gente pensa em todos os detalhes, assim. Determinados cursos a gente acha que eles não se adequam porque são longos, tem uma metodologia mais puxada, então a gente pensa de uma forma mais sucinta coisas pra eles. E coisas que sejam práticas e tenham um retorno mais imediato, como artesanato, essas coisas que eles gostam mais porque têm um retorno financeiro, né? Porque eles vendem tudo. Mesmo assim a gente tem uma dificuldade enorme que eles permaneçam no curso. E aí que eu acho que principalmente o agravante... Não só os cursos profissionalizantes, mas todas as atividades que a gente desenvolve. Eles não têm uma assiduidade. E a gente avalia que uma das grandes dificuldades de eles se manterem nas atividades, de serem assíduos, é a questão da droga. E da vida que eles levam na rua. Porque eles começam... E, assim, atividades que eles gostam mesmo, porque não é uma coisa que não interessa. Por exemplo, um exemplo pra gente é a percussão. Auxílio de percussão. Que é uma coisa que a gente sabe que eles gostam muito, mas mesmo assim a gente não consegue fechar uma turma de percussão. Que é aquela turma, digamos assim, dez. Eles permaneçam e freqüentem as oficinas. Porque tem essa questão da droga e dessa dinâmica que eles têm na rua, de se envolverem muito com furtos, com brigas, que fazem com que eles não consigam ser assíduos nas atividades e nos cursos também, que às vezes a gente oferece pra eles. (Ent. 4, Grupo II)

Os motivos apontados são principalmente o envolvimento com drogas e a violência. Acontece de um levar uma surra e não poder participar do curso, ou então de estar sendo ameaçado, devido a brigas ou envolvimento com traficantes ou polícia, e ter que “sumir” por um tempo.

Os grupos de moradores de rua que os profissionais do CAPR facilitam estão sempre mudando, diante da alta rotatividade. O desafio neste ponto é desenvolver atividades o mais atrativas possíveis para esses usuários. Ainda que a alimentação no CAPR seja vinculada à participação dos usuários nas atividades propostas pela instituição, mesmo assim há rotatividade. Cada grupo é composto pelos usuários cadastrados, que participam semanal ou diariamente; quando alguns faltam, eles permitem a participação de moradores de rua não

cadastrados. Há usuários que de fato participam dos grupos ativamente; há também os que tomam como única motivação o fato de receber almoço.

Por ser um serviço aberto, o CAPR está sempre recebendo novos usuários. Quando chega uma pessoa para morar na rua, os moradores veteranos já compartilham a respeito das instituições que contribuem com alimentação e outras demandas. Numa das visitas ao CAPR, tivemos contato com um jovem que fazia apenas dois dias que tinha saído de casa e já estava freqüentando a entidade:

Muito usuário novo. Cada dia... Todo dia chega alguém diferente. E, rapidamente, esses que vêm pela questão da droga se envolvem. (...) Quem está na rua, o fato de a pessoa estar na situação de rua já facilita muito essas estratégias, entendeu? Como estratégia mesmo de sobrevivência, de, sei lá, compartilhamento com os outros, né?(Ent.3, Grupo II)

Ainda é muito forte também, junto à sociedade, e inclusive no interior do poder público, a concepção higienista de que é preciso retirar o morador de rua a qualquer custo da rua. Acontece quando pessoas ligam para o CAPR ou então para o CAPS exigindo que o poder público retire a pessoa que está freqüentando alguma rua ou qualquer outro espaço público da cidade.

Mas aí as pessoas têm sempre aquela idéia da higienização, de retirar as pessoas. Elas querem tirar do campo de visão. Na verdade, nem quer se responsabilizar pelo problema, né? Quer tirar dali. Então a gente é muito cobrado, de forma extremamente equivocada pra retirar as pessoas. E chega nesse sentido mesmo, escrito no papel. "Solicitamos a remoção de pessoas que estão em tal lugar e tal, tal." Isso é uma coisa que a gente tem discutido muito, que a gente precisa avançar nesse debate, junto com as instituições e com a sociedade civil. Porque essa demanda vem de todos os lugares.(Ent. 3, Grupo II)

Além dessas questões, a política social também lida com as categorias discutidas no capítulo anterior, o uso abusivo de drogas, o individualismo, as relações de dependência e a possibilidade de autonomia. A superação da dependência e o desenvolvimento da autonomia são desafios para as políticas sociais direcionadas aos moradores de rua.

O individualismo é também reconhecido pelas representantes da SEMAS, de forma que lidar com esse valor é um importante desafio para a política social voltada à população em situação de rua, especialmente quando essa política assume expressamente a proposta de trabalhar o morador de rua como sujeito de direitos, de forma a superar a concepção assistencialista:

(...) embora no discurso muitas vezes eles até tem um discurso coletivo, mas a lógica deles é extremamente individual, é extremamente individual, então tu não entendes isso. Como era que a gente trabalharia ali né, sem descaracterizar, sem é... desrespeitar a diferença daquele outro que pra gente era o avesso. (Ent. 1, Grupo II)

Eu percebo que têm muitos, assim, que quando vêem que tem alguém que está tentando superar a situação de rua, tentando buscar outras estratégias, eles também vão muito pra cima. Como se não quisessem que o outro saísse daquilo ali. Tem muito isso (Ent. 4, Grupo II)

A partir dos resultados alcançados, compreendemos que há potenciais a serem explorados, expressos, por exemplo, nos encontros constantemente proporcionados aos moradores de rua tanto no espaço das instituições que prestam apoio, como também na rua propriamente dita, quando alguns moradores se inserem em grupos para buscar proteção na hora de dormir. A superação do individualismo depende do fortalecimento de momentos de encontros como estes.

Para apoiar essas reflexões, podemos novamente fazer uso das idéias de Heller (1986), quando considera as relações sócio-comunitárias como sendo algumas das formas superiores de satisfação das necessidades: encontrar-se juntos e o gozo comum. Idéia semelhante é defendida por Sawaia (2007), quando aborda o papel da psicologia social e do poder público no que diz respeito aos processos de exclusão/inclusão social, que passaria pelo fortalecimento da legitimação social e individual de cada um, alimentando bons encontros com profundidade emocional entre os seres humanos.

Outra característica a ser destacada refere-se à proposta de trabalhar a autonomia dos sujeitos, expressão utilizada tanto no discurso empírico das representantes da SEMAS, ao falar sobre política de saúde, como também no discurso teórico do campo da saúde coletiva (CECÍLIO, 2001; CAMPOS, 2000). Significa também trabalhar a sustentabilidade, o fortalecimento pessoal e comunitário, a cidadania e a participação sócio-política dos moradores de rua.

É... tendo em vista também o crescimento da população, eu acho que a gente precisa pensar e aí o Município de Fortaleza, a questão de ampliar o serviço de retaguarda, hotel popular, república, eu acho que a gente precisa implantar aqui, nessa perspectiva de autonomia mesmo, que tenha uma taxa mínima, ou que república eles possam acessar gratuitamente, mas que eles possam se organizar pra tá saindo da rua porque os equipamentos e os serviços que a gente tem hoje não dão conta. (Ent. 1, Grupo II)

Potyara Pereira (2000) traz algumas reflexões que nos pode ajudar a compreender essas propostas, afirmando que não adianta falar em auto-sustentação, sustentabilidade, desenvolvimento de potencialidades, empowerment, sem proporcionar condições sociais básicas. Não podemos esperar dos socialmente injustiçados que eles façam melhor, que sejam autônomos, politicamente ativos, sem, ao menos, questionar as condições concretas de vida. Sem pensar na transformação social que se faz necessária. A garantia de meios para a

satisfação das necessidades dos moradores de rua exige que, pelo menos problematizemos as condições sociais atuais considerando a possibilidade de transformação:

Por conseguinte, o direito à satisfação otimizada de necessidades, a partir da garantia das condições sociais básicas como exigência fundamental para essa otimização, constitui o cerne de todas as justificações das políticas sociais públicas, incluindo assistência, e a meta a ser alcançada e defendida por todos aqueles que acreditam que a condição de vida dos pobres deve ser crescentemente melhorada.” (PEREIRA, 2000, p. 35)

Discutindo a teoria das necessidades de Len Doyal e Ian Gough, Pereira (2000) distingue dois conjuntos de necessidades básicas consideradas universais, que são a saúde física e a autonomia, que não são um fim em si mesmo, mas condição para alcançar objetivos de participação social. Ou seja, as necessidades de saúde física e de autonomia precisam ser atendidas para que as necessidades básicas do ser humano sejam satisfeitas. Essa visão de necessidade de saúde física é bem mais restrita do que a que vemos trabalhando aqui, com base na taxonomia das necessidades de saúde discutidas por Cecílio (2001), que vai muito além da mera saúde física.

Entretanto, consideramos essas reflexões úteis para discutirmos a questão da autonomia, que faz parte da filosofia da política municipal de assistência ao morador de rua. Destacamos a importância de se enfrentar o desafio de buscar garantir a satisfação das necessidades de saúde dos moradores de rua (e aqui incluímos a autonomia dentro do rol das necessidades de saúde), como meio para conseguir atingir objetivos superiores, incluindo a participação e a transformação social.

A mesma autora defende que “(...) ter autonomia não é só ser livre para agir como bem se entender, mas, acima de tudo, é ser capaz de eleger objetivos e crenças, valorá-los e sentir-se responsável por suas decisões e por seus atos”. Ainda pensando a partir de Doyal e Gough, essa autora destaca três atributos necessários ao desenvolvimento da autonomia: a saúde mental, a habilidade cognitiva e a oportunidade de participação. Podemos acrescentar a consciência crítica, que transcende a habilidade cognitiva, que, segundo a autora, permite a compreensão pelas pessoas das regras de sua cultura e da capacidade de interpretá-las.

A autonomia do indivíduo seria afetada ainda por três categorias: compreensão de si mesmo, da cultura da qual faz parte e das expectativas da cultura em relação àquele indivíduo; capacidade de definir opções para a sua vida; e das oportunidades objetivas que o proporcione opções de atuação. Dessa forma, essa concepção de autonomia vai de encontro à tendência liberal de isolar o indivíduo, colocando-o como único responsável pela satisfação de suas necessidades e desejos e contrapõe-se também à idéia de *empowerment* individual. “Resulta claro, pois, que esta noção liberal de autonomia ou de liberdade é insustentável na

prática, pois o indivíduo por si só jamais desenvolverá as suas potencialidades” (PEREIRA, 2000, p. 72), Autonomia exige, portanto, experiências de co-responsabilidade, muito mais do que a idéia liberalista de deixar o indivíduo sozinho para cuidar de si.

Essa concepção de autonomia nega o individualismo liberalista pautado na competição. Doyal e Gough, citados por Pereira (2000), denominam essa concepção de autonomia de agência, referindo-se à ação. Um estágio superior de autonomia seria a autonomia crítica, que envolve não somente a capacidade de avaliar e elege as informações e alternativas, como também a de criticar ou de até mudar regras e práticas culturais.

O desafio das políticas públicas no atendimento das necessidades dos moradores de rua passa pela consideração da autonomia como um horizonte a ser buscado, desde que compreendamos a autonomia não sob uma lógica meramente individualista, de empowerment individual, mas entendendo a necessidade de cooperação, co-responsabilização e de ação coletiva. Envolve também a possibilidade de desenvolvimento da consciência crítica.

Ainda sobre a autonomia, uma questão que surgiu num discurso, refere-se ao direito de escolha autônoma pelos moradores de rua de estar e permanecer na rua.

Eu acho que a gente também tem que ponderar o próprio direito de escolha das pessoas, o direito de elas escolherem o modo de vida delas, porque cada um constrói um modo de vida muito particular, né? E eu acho que isso também tem um limite tênue com a questão da autonomia (Ent. 2, Grupo II)

Daí surge a questão: estar na rua é meramente uma escolha individual? Ainda que no discurso o sujeito reivindique seu direito de estar na rua e experimente uma liberdade por poder escolher esse modo de vida, os profissionais podem fazer a crítica e refletir se se trata verdadeiramente de uma escolha autônoma, ou se não houve outras possibilidades de vida para esse indivíduo. Acreditamos que a questão não é apenas respeitar o direito de escolha individual, mas voltar-se para as possibilidades de vida que foram e continuam sendo negadas a essas pessoas, de forma que não resta outra coisa a não ser conformar-se com a situação atual.

Sawaia (2007, p. 113), analisando estudos sobre moradores de rua, discute também a afirmação, pelo morador de rua, de que quer continuar na rua, por que ela é boa; questiona se essa afirmação é de fato uma verdadeira experiência de liberdade: “Não seria a revelação da ruptura psicológica e social com a inclusão? (...) ou a auto-repressão de quem interioriza tão profundamente a servidão que já nem sequer sabe desejar alguma coisa quando ela lhe é oferecida?”

Uma outra categoria que, apesar de não ter surgido de forma expressa no discurso dos representantes das políticas municipais, mas que consideramos como fundamental na análise das necessidades dos moradores de rua e das políticas públicas voltadas à satisfação dessas necessidades é a afetividade, estudada por Sawaia (2007). Para ela, estudar a exclusão social a partir das emoções possibilita reflexões sobre o cuidado do Estado para com os cidadãos. Nesse sentido, deve-se buscar compreender o sofrimento mediado pelas injustiças sociais, que a autora denomina sofrimento ético-político: “Sem o questionamento do sofrimento que mutila o cotidiano, a capacidade de autonomia e a subjetividade dos homens, a política, inclusive a revolucionária torna-se mera abstração e instrumentalização” (SAWAIA, 2007, p. 99).

A respeito do sofrimento ético-político, estudado como uma manifestação das emoções, que atinge corpo e alma, a autora compreende que ele reflete as questões sociais prevalentes em cada época histórica, especialmente a vivência oriunda da dor de ser considerado inferior, subalterno, sem valor e inútil para a sociedade (SAWAIA, 2000).

Esse sofrimento, como podemos perceber a partir do material empírico, é vivenciado pelos moradores de rua. Retomamos aqui o sofrimento expresso pelo morador de rua que havia sido agredido, sem qualquer chance de defesa, pelos vigilantes na praça, no centro da cidade. Ser agredido e não poder freqüentar uma praça pública refletiu-se num sentimento de impotência e de inferioridade, de modo que esse morador de rua repetia várias vezes que tinha direito de estar num espaço público e que ele era um cidadão. Já o discurso abaixo, de um morador de rua, reflete esse sofrimento, carregado de emoção:

Que às vezes assim fica pensando besteira. Às vezes eu fico chorando sozinho, imaginando: rapaz, quando é que eu vou pra minha terra? E a gente vai tomando aquela dozinha pra não ficar pensando coisa. Fico refletindo. (Ent. 2, Grupo I)

Por fim, um outro desafio que gostaríamos de discutir, muito abordado nas entrevistas com os representantes das políticas de saúde e de assistência social, refere-se à fragmentação da política pública na intervenção junto ao morador de rua, bem como da necessidade de superar essa fragmentação em direção à intersetorialidade.

Assim, é uma outra questão também, essa questão é... da articulação das políticas. Por exemplo, a gente dá assistência hoje, a política de assistência é a única política pública que tem serviço é... que oferece especificamente pra morador de rua. Mas a gente sabe que é um ser humano inteiro, é um sujeito, que uma política pública não pode dar conta das demandas desse sujeito, né. Então, assim, a gente trabalha muito nessa articulação de fazer as políticas públicas e principalmente com relação a essa, a política de saúde. Então, assim, hoje a gente tem tido a necessidade de ter um movimento diferente mesmo assim. (Ent. 1, Grupo II)

Os representantes da política de assistência social, apesar de reconhecerem que a SEMAS é a articuladora da política junto ao morador de rua, argumentaram que, sozinho, o setor não dá conta da complexidade dessa problemática, defendendo a idéia de intersetorialidade como um fundamento imprescindível.

A articulação entre os setores saúde e assistência social encontra-se ainda em processo de construção. No que se refere a essa articulação, alguns avanços têm sido apontados, principalmente no diálogo do CAPR com a coordenação de saúde mental, tendo em vista que ambos os serviços (CAPR e CAPS) possuem clientes em comum, o seja, os moradores de rua que fazem uso abusivo de álcool e/ou outras drogas.

Já ocorreram reuniões com a coordenação colegiada de saúde mental e participação dos gestores da assistência social nas rodas de gestão dos CAPS. Além disso, há relatos de atendimentos conjuntos de profissionais do CAPR e do CAPS a moradores de rua:

É... como eu falei pra você, muitos moradores de rua que são atendidos pelo CAPR a maioria né, eles fazem uso abusivo de álcool e drogas, e alguns muitos outros tem transtorno mental. Então, quem mais nos procura é... são os profissionais de saúde mental e aí a gente, pra fazer um atendimento em conjunto né, pra que é... a gente vai fazer a abordagem de rua, muitas vezes eles recebem também denúncias que tem um paciente com transtorno, mas que tá em situação de rua, entra em contato (...) Então nós somos é... muito procurados pelos profissionais de saúde(...) fazemos esse atendimento conjunto, nisso a gente já conseguiu avançar muito casos (Ent. I, Grupo II)

O discurso da SEMAS aponta ainda para a queixa de que há uma sobrecarga no setor no que diz respeito à responsabilidade para com o morador de rua, sugerindo que, apesar de haver alguns avanços, a iniciativa ainda depende da SEMAS. O segundo discurso é oriundo da entrevista com a representante do Centro de Saúde Paulo Marcelo, que se queixa de um fato em que o CAPR não tomou iniciativa para conseguir abrigo para um morador de rua, confirmando a idéia de que há uma cobrança voltada para a SEMAS. Compreendemos que cabe também ao setor saúde aproximar-se de forma mais continuada dos moradores de rua e de sua realidade, tendo em vista as suas várias necessidades de saúde vivenciadas e não satisfeitas.

A SEMAS é a principal articuladora, mas não é a principal responsável. A SEMAS está à frente dessa articulação, de efetivação dessa política, está tentando articular uma audiência pública, pra que seja realmente consolidada a política, até como forma de abrir portas pra essa negociação com as outras políticas, né? Com a saúde, com a habitação, educação, cultura. A SEMAS articula um GT, que é um grupo de trabalho com a população de rua, que é convidado sempre pessoas das várias secretarias e das entidades (Ent. I, Grupo II)

A minha questão é, por exemplo, é, que eu saiba, que eu conheço, que conversei com um rapaz que faz atendimento lá, eles não fornecem abrigo, né, os moradores eles vão, passam o dia lá, fazem atividades, se alimentam, mas também as vezes eles tem um

numero limitado de pessoas que podem atender por dia, ne, e assim a gente já teve casos de pessoas que moravam na rua, que precisavam de um abrigo, de alguma coisa, que a gente tentou entrar em contato com eles e a resposta foi: "Não a gente não tem abrigo". A gente não viu assim uma movimentação em termos: "vamos tentar um contato com a toca de assis, com uma casa de apoio em algum canto que as vezes dá", pelo menos eu pensei que pudesse ser feito essa articulação por eles já que eles fazem esse tipo de atendimento específico, ne, então, eu fiquei assim pensando que é que, se era porque tava iniciando ou se realmente o atendimento deles se limitam a esse atendimento diário, mais de suporte, ne, pra eles. (Ent. 4, Grupo II)

A representante do CAPR, por exemplo, diverge da fala da representante da saúde mental, no que se refere à realização de abordagem de rua pelos CAPS. O discurso aponta ainda que os avanços limitam-se ao diálogo entre coordenadores, mas deixando a desejar quando chega ao serviço, ao atendimento propriamente dito:

Olha, tem uma aproximação diplomática, em nível de negociação de secretário pra secretário, de coordenação pra coordenação, no caso a coordenação aqui do CAPR junto com a coordenação da saúde mental, mas no momento do fluxo, que é do atendimento mesmo, do encaminhamento do atendimento, há uma dificuldade muito grande. Os CAPS não fazem abordagem de rua, isso dificulta demais pra gente. E a gente queria chegar num ponto que o CAPS fosse também por conta própria, não precisasse ir através da gente. Que o mesmo processo que chegasse pra gente, solicitando que a gente visitasse, também chegasse pra saúde mental. Pra que não fôssemos nós o... Que a solução não fosse da gente..(Ent. 3, Grupo II)

A superação da fragmentação na política pública direcionada à população em situação de rua limita-se à tentativa de aproximação com a saúde, enquanto a relação com outros setores ainda apresenta muitos entraves, a não ser com a guarda municipal, com a qual o diálogo encontra-se mais avançado. Os discursos apontam para os esforços em se aproximar da segurança pública, como forma de enfrentar a violência policial constantemente sofrida pelos moradores de rua:

(...), a gente tem tentado se aproximar mais, por exemplo, a questão da Segurança Pública, pra gente é muito sério. A gente sabe que os moradores de rua eles são... sofrem muita violência com a questão da Segurança Pública, nós já tentamos algumas vezes se aproximar né, dos profissionais da Segurança Pública pra tentar trabalhar de uma forma menos cruel essa, essa... essa questão da população, em prol da população de rua, mas nós não conseguimos muito sucesso nisso, né. E aí, aí a gente agora tá com uma proposta de fazer uma capacitação sistemática com a Guarda Municipal e aí a gente já conseguiu é... um diálogo mais aberto com a Guarda Municipal, já fizemos capacitação com os guardas, inclusive temos um projeto que já foi aprovado aqui da SEMAS onde nós vamos estar capacitando sistematicamente os guardas municipais porque uma das grandes queixas dos moradores de rua é o tratamento que os guardas municipais, das guardas municipais, eles se sentem discriminados, tratam com violência, tratam com arrogância e aí a gente é... tem conseguido abrir esse diálogo, mas não é fácil.

Percebemos que a articulação entre os setores objetivando a intervenção junto à população de rua carece de um planejamento conjunto, limitando-se a situações emergenciais,

ou seja, quando já existe um problema a ser resolvido. Junqueira (2004, p.27) define intersetorialidade como sendo a “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas, visando o desenvolvimento local, superando a exclusão social”. Com base nessa definição, compreendemos que ação intersetorial não se restringe a práticas, à execução de ações, mas pressupõe a integração das políticas públicas de forma a contemplar também o planejamento, o monitoramento e a avaliação.

É como eu te disse, assim, a gente está em um processo. E não dá conta de tudo. Por que a gente se aproximou mais da Saúde? Porque é a principal demanda que eles apresentam pra gente. Então acaba acontecendo muito assim. Vai chegando uma demanda através deles, a gente vai tentando porque é muita coisa (Ent. 3, Grupo II)

A intersetorialidade surge, portanto, como uma estratégia essencial para buscar da conta da complexidade e especificidade da população em situação de rua, tanto no que se refere ao conhecimento das suas necessidades, como também na construção de possibilidades de intervenção no atendimento a essas necessidades.

Enfatizamos, por fim, que as dificuldades e os desafios aqui discutidos expressam os limites das políticas sociais de uma forma geral, que decorrem de vários fatores, tais como a cultura autoritária, anti-democrática e clientelista ainda muito presente no Estado e na sociedade brasileira, bem como das políticas neoliberais, iniciadas na década de 1990 e que trouxeram como consequência a reforma do Estado e a limitação do financiamento para o setor saúde e para a seguridade social de uma forma geral.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscamos compreender as necessidades de saúde dos moradores de rua do município de Fortaleza, sem a pretensão de esgotar a identificação e definição dessas necessidades, tendo em vista a complexidade tanto desse conceito como da realidade dos moradores de rua. Fizemos também uma breve análise e discussão sobre as políticas sociais do município direcionadas aos moradores de rua, tentando compreender como se dá a articulação entre os diversos setores das políticas sociais no atendimento às referidas necessidades. Observamos que esses objetivos foram contemplados, conforme sintetizamos adiante.

Partimos das condições de vida, dos relatos dos moradores de rua em suas “caminhadas” pela rua, enfim, do material empírico das entrevistas e das experiências proporcionadas pela observação participante para discutir sobre as necessidades de saúde desse segmento, de forma que, em nossa análise, destacamos os seguintes grupos de necessidades: a necessidade de segurança física e psicossocial, a necessidade de ser visto como um ser humano digno de respeito, a necessidade de cooperação e de coesão social, necessidade de autonomia e a necessidade de acesso aos serviços de saúde.

Não podemos deixar de considerar ainda mais uma necessidade, que está direta ou indiretamente relacionada a todas as outras: a necessidade de boas condições de vida, que envolve ter um teto para morar, alimentação regular, higiene adequada, trabalho e renda, lazer, acesso à cultura etc. Vimos que a concepção de saúde da maioria dos entrevistados corresponde a uma idéia de saúde como ausência de doença. Compreender os determinantes da saúde e da doença para as pessoas em situação de rua, incluindo as necessidades elencadas, contribui para dar conta de uma concepção ampliada de saúde.

Os moradores de rua vivenciam diferentes problemas de saúde decorrentes da vida na rua, incluindo processos de adoecimento já diagnosticados, problemas relacionados à saúde mental e queixas de sintomas não diagnosticados nem tratados, como, por exemplo, dores na cabeça e no corpo e manchas na pele.

Algumas características da vida na rua trazem implicações negativas para a saúde pessoal. O uso do corpo como suporte para guardar seus bens resulta, em muitos casos, em dores na coluna e em problemas de postura junto aos moradores de rua. A dificuldade de dormir é relatada como uma das principais dificuldades, na medida em que a qualidade do sono é bastante comprometida, tanto devido ao frio e desabrigo quanto à insegurança e risco de ser agredido enquanto dorme. Quanto à alimentação e higiene, a dificuldade é maior nos finais de semana, pois durante a semana são facilitadas pelo apoio de instituições que oferecem banhos e refeições. Ainda assim, nem sempre há uma regularidade em termos de alimentação. Além disso, a possibilidade de escolher o que comer é bem restrita.

Os sujeitos participantes da pesquisa apresentaram-se de corpo e roupas limpas, de forma totalmente diferente do estereótipo do morador de rua como sujo, maltrapilho ou malcheiroso. Isso se deve ao fato de a maior parte do público pesquisado freqüentar alguma instituição de apoio que possibilita a higiene pessoal, lavagem e troca de roupa.

Outra problemática bastante presente na vida dos moradores de rua decorre do uso abusivo de álcool e outras drogas, que dificulta ainda mais os problemas de saúde e o cuidado com a saúde pessoal. As drogas foram relatadas como motivo para dormir e se alimentar mal, para sofrer ou praticar algum ato de violência bem como para dificultar a adesão a tratamentos de saúde.

A violência sofrida pelos moradores de rua constitui um outro importante determinante do processo saúde-doença, afetando significativamente a qualidade de vida desse segmento e contribuindo para a manifestação de ansiedade, medo, nervosismo e insegurança diante dos perigos e das incertezas existentes na rua. Juntamente com o uso abusivo de drogas, a violência aparece como um problema vivenciado por todos os moradores de rua pesquisados, expressando-se de várias formas, incluindo a violência policial e de vigilantes particulares sofrida pelos moradores de rua, preconceito e discriminação, a violência entre os moradores de rua (furtos, roubos, agressões e assassinatos) e a violência sexual sofrida pelas mulheres. O fato de ser visto como um marginal, como sem valor na sociedade, é percebido como uma das piores formas de violência.

O contexto situacional da rua, caracterizado por um encadeamento de atos de violência, estimula o uso da violência entre os moradores de rua, como forma de resolver

conflitos. Nesse caso, a violência é justificada como uma forma de tentar se proteger, para demarcar território e domínio ou até para explorar o mais fraco, para levar alguma vantagem sobre ele, como, por exemplo, tomar-lhe algum bem ou dinheiro.

Compreendemos que a violência tão presente nos discursos, nas emoções e sentimentos dos moradores de rua, remete a dois grupos de necessidades dos moradores de rua: *a necessidade de segurança física e psicossocial*, que se expressa na necessidade de segurança, de poder dormir sem estar em constante alerta por conta da possibilidade de ser agredido e de poder confiar nas pessoas; e *a necessidade de ser visto como um ser humano digno de respeito*, de não ser considerado como alguém inferior e sem valor ou como um vagabundo ou marginal, de ser respeitado pela sociedade.

Consideramos que a violência entre os moradores de rua é uma das expressões dos valores individualistas presentes nas relações entre essas pessoas. Expressões como “lei do mais forte”, “mundo animal”, “necessidade de ser forte para sobreviver” foram usadas pelos moradores de rua para caracterizar as relações entre os próprios “colegas” de rua. As disputas internas à população em situação de rua dificultam a cooperação, a organização coletiva e o fortalecimento da coesão grupal. As relações interpessoais são definidas como frágeis, sendo difícil estabelecer relações de confiança.

Outra forma de manifestação do individualismo na rua refere-se à compreensão pelo morador de rua de que a sua atual condição deve-se a sua escolha individual, ignorando o complexo processo de determinação da sua situação. Essa idéia expressa uma subjetividade individualista de cunho liberal, que culpabiliza os indivíduos pela sua situação, deixando de lado os determinantes históricos, sociais, econômicos e políticos das injustiças sociais.

Os valores individualistas da contemporaneidade e heterogeneidade dos moradores de rua são apontados como dois aspectos que dificultam o desenvolvimento da cooperação interpessoal em prol de um objetivo comum. Nem todos os moradores de rua pensam em construir outras possibilidades de vida que não seja na rua. Entretanto, existem moradores de rua com características agregadoras, com potencialidades para contagiar outras pessoas e fortalecer a coesão grupal e organização coletiva. Entendemos que são pessoas que estão em direção ao desenvolvimento da individualidade, no sentido helleriano, da integração consciente entre o ser humano particular e o ser humano genérico. A análise dessa categoria levou-nos a destacar a *necessidade de cooperação e de coesão social*.

Outra necessidade de saúde que apontamos é *a necessidade de autonomia*. Os moradores de rua vivem num contexto caracterizado por relações de dependência e de subordinação, de modo que sua sobrevivência é, em grande parte, subordinada ao apoio de

instituições governamentais e não governamentais. Destacamos a alimentação, a higiene, o acesso aos serviços públicos, a luta pelos seus direitos muitas vezes dependem do apoio e iniciativa das instituições e seus representantes.

Pudemos observar, no entanto, potenciais para a emergência da autonomia, compreendida como a crença na capacidade de superação das relações de dependência, de se organizar coletivamente em busca da transformação das condições de vida, que contribuiria para intervir nos determinantes da saúde e da doença dos moradores de rua. A autonomia, portanto, não se apresenta de maneira individual, particular, mas se dá de forma coletiva.

A *necessidade de acesso aos serviços de saúde* constituiu-se na última necessidade de saúde discutida a partir dos dados empíricos. Compreendemos o acesso tanto como a chegada do usuário ao serviço de saúde como também a continuidade da atenção e a qualidade do cuidado. Dessa forma, incluída nesse grupo de necessidades, está a necessidade de vínculo e de ser acolhido pela equipe de saúde. A esse respeito, discutimos acerca das dificuldades e barreiras existentes no acesso do morador ao serviço de saúde, caracterizado pelo preconceito, desrespeito, mau atendimento e insatisfação do morador de rua.

Destacamos ainda a ausência de acolhimento como dispositivo de humanização e a dificuldade na criação de vínculos e da continuidade da atenção ao morador de rua no Centro de Saúde Paulo Marcelo, unidade que recebe alta demanda de moradores de rua. Compreendemos que a facilitação da relação de confiança e do vínculo entre os trabalhadores dos serviços de saúde e os usuários moradores de rua somar-se-ia à melhoria da qualidade do atendimento, que seria proporcionada pela mudança no processo de trabalho, reduzindo a demanda excedente para consultas médicas, tendo em vista que muitas demandas poderiam ser resolvidas pelo enfermeiro

A discussão sobre as necessidades de saúde dos moradores de rua levou-nos à análise das políticas sociais que o município de Fortaleza vem realizando especificamente direcionadas a essa população. Apesar de reconhecermos alguns avanços no que se refere a essas políticas, com a implementação, desde 2008, de dois equipamentos, vinculados à SEMAS, específicos para o atendimento ao morador de rua - o Centro de Atendimento da População de Rua e o Espaço de Acolhimento Noturno -, ressaltamos uma série de dificuldades e desafios.

No caso da política de saúde, a vinculação dos CAPS e da Estratégia de Saúde da Família a um território, tendo que dar conta de uma alta demanda característica de uma grande metrópole como Fortaleza, somada à insuficiência de profissionais e de infra-estrutura e não preparação das equipes de saúde para o atendimento ao morador de rua, estão entre os grandes

desafios da política de saúde na atenção a essa população. No centro de saúde da família investigado, por exemplo, os agentes comunitários de saúde não fazem visitas aos moradores de rua.

Os moradores de rua possuem certas especificidades que precisam ser compreendidas pelos gestores e demais atores que elaboram e executam as políticas e práticas de saúde, tais como a mobilidade, a ruptura institucional, a dificuldade de se adequar a rotinas e horários muito rígidos, heterogeneidade, o uso abusivo de álcool e outras drogas e a dificuldade em estabelecer vínculos interpessoais. Entretanto, não há somente problemas e dificuldades a serem reconhecidas; existem também potenciais a serem explorados. Destacamos os encontros entre os moradores de rua possibilitados pelas instituições de apoio. O fortalecimento desses encontros pode ser uma possibilidade de superação do individualismo. Os potenciais de autonomia também devem ser conhecidos, especialmente junto aos moradores de rua que tem se apresentado como possíveis líderes. A autonomia deve ser entendida não como uma mera possibilidade de escolha individual, mas supondo a necessidade de cooperação, co-responsabilização e de ação coletiva.

Uma estratégia que vem sendo apoiada pelo Ministério da Saúde e que pode servir para superar algumas das dificuldades referidas acima refere-se ao projeto Consultório de Rua, que consiste num serviço de saúde de acolhimento aos usuários de drogas em situação de vulnerabilidade social, formado por profissionais da saúde mental, da atenção básica e pelo menos um profissional da assistência social. O cuidado é oferecido no próprio espaço da rua (OLIVEIRA, 2009). O município de Fortaleza e mais treze cidades já tiveram seus projetos aprovados pelo Ministério da saúde (BRASIL, 2009).

Não sabemos se essa estratégia irá, de fato, superar as dificuldades elencadas, relacionadas ao uso abusivo de drogas entre os moradores de rua, mas pode facilitar a articulação entre vários serviços de saúde e diferentes setores das políticas públicas. Um ponto positivo reside na disponibilidade de um carro para a equipe e no contato com os usuários no seu próprio espaço.

Uma outra estratégia, considerada inclusive na Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua (BRASIL, 2008), seria a Estratégia de Saúde da Família sem Domicílio, que já existe no município de Porto Alegre desde 2004. A equipe, formada por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, trabalham de forma itinerante, abordando as pessoas em situação de rua e realizando ações de promoção, prevenção e tratamento, bem como fazendo articulação com a rede.

Conhecer as condições de vida e os modos de viver dos moradores de rua não é possível apenas esperando que eles busquem os serviços de saúde, o que geralmente ocorre quando já se instalou uma situação de adoecimento. É necessário que a equipe de saúde visite regularmente a rua, as instituições e demais espaços ocupados pelos moradores de rua.

Adotando a compreensão gramsciana de Estado ampliado, caracterizado pela correlação de forças e distintos interesses de classe, sabemos que as políticas sociais são resultado dessa correlação de forças. E que portanto, possuem limites em decorrência de forças conservadoras que resistem à transformação das estruturas sociais e da pouca capacidade de articulação dos moradores de rua de se fazerem representar na arena política e reivindicar direitos.

No entanto, os representantes e atores sociais responsáveis pela elaboração e intervenção das políticas públicas junto aos moradores de rua, incluindo a política de saúde, não podem deixar de problematizar as condições e injustiças sociais que atingem essa população. Enfrentar os determinantes sociais da saúde e da doença da população em situação de rua requer questionar essas condições e desenvolver a consciência crítica necessária à transformação social e a superação das injustiças.

Portanto, a satisfação da necessidade de saúde do morador de rua, considerada como uma necessidade social, requer a transformação das condições concretas em que está inserida essa população. Requer também a superação de interesses meramente particulares e de grupos restritos. A necessidade social deve ser priorizada em detrimento da necessidade particular. O Estado e a sociedade precisam reconhecer o morador de rua como detentor de necessidades sociais, o que significa priorizar o coletivo em detrimento do particular.

No que refere à necessidade de autonomia e de cooperação, que consideramos como sendo necessidades de saúde dos moradores de rua estudados, não podemos deixar de lado a discussão sobre a alienação da riqueza das necessidades humanas de que fala Heller (1986), que significa também a alienação dos potenciais humanos, da possibilidade de liberdade, de sociabilidade, de atividade, de consciência crítica e da luta em torno da superação das injustiças sociais. Buscar o desenvolvimento da autonomia e da cooperação, como resultado da superação das relações de dependência e do individualismo, característicos tanto das relações entre os moradores de rua como da sociedade capitalista de uma forma geral, significa elevar o grau de humanização das necessidades humanas.

Criar condições, junto aos moradores de rua, para que um ser humano seja considerado um fim em si mesmo, e não um meio para a realização de interesses particulares, constitui um desafio ético para as políticas públicas. Entendemos que um ponto de partida para

a atualização dessa possibilidade seria buscar fazer emergir formas superiores de satisfação das necessidades humanas, a partir da construção de relações sócio-afetivas entre os moradores de rua de caráter cooperativo, destacando a responsabilidade compartilhada de lutar pela superação das suas atuais condições de vida.

A política pública (incluindo a política de saúde) deve construir e atender a necessidades qualitativamente distintas e heterogêneas, o que deve ser feito por meio da co-responsabilização de vários atores (moradores de rua e responsáveis pela elaboração e implementação das políticas públicas). Isso pressupõe a compreensão de que as necessidades de saúde transcendem a disponibilização de bens, serviços e medicamentos aos usuários, pois, por serem parte do conjunto das necessidades humanas (desde que não sejam necessidades alienadas), possuem caráter essencialmente qualitativo. Convém lembrar, também, que, pensando com Heller (1986), na estrutura capitalista de produção, a satisfação plena das necessidades alienadas, de caráter quantitativo, é impossível, pois, considerando inclusive o caso da saúde, a produção de novos bens, tecnologias e medicamentos tende a ser infinita.

Considerando os potenciais existentes entre a população em situação de rua de Fortaleza, já destacados, compreendemos que há pessoas em situação de rua capazes de ultrapassar a vida cotidiana, de ir além de sua particularidade, agir com intenção consciente para transformar o seu ambiente imediato, pensando no coletivo dos moradores de rua. Assim, é um desafio ver o morador de rua como ser humano histórico-social, que atua de forma relativamente autônoma, problematizando a realidade e buscando transformar suas condições de vida. A superação da situação de rua, da violência sofrida, da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, do uso abusivo de drogas, das relações de dependência em direção à autonomia, seria resultado, não de uma ação individual, mas de uma ação coletiva e compartilhada. A necessidade de acesso aos serviços de saúde, por exemplo, envolve objetivações mais elevadas, como a escuta qualificada, o respeito aos direitos dos usuários e a construção de verdadeiras relações de confiança com os trabalhadores e demais atores presentes nas ações em saúde. A necessidade de autonomia envolve constituição de uma relação consciente com o ser humano genérico, que se torna capaz de superar o individualismo e de ser co-responsável pela sua própria vida e saúde e pela vida social.

Observamos que essa pesquisa traz importantes reflexões acerca das necessidades de saúde dos moradores de rua e dos desafios para as políticas públicas. Entretanto, sabemos que o estudo não dá conta de toda a complexidade dos moradores de rua, de suas necessidades e dos determinantes do processo saúde-doença. Incluímos, como recomendações para outros estudos, aprofundar a compreensão acerca do uso abusivo de álcool e drogas, tendo em vista

que essa é uma das questões centrais não só entre os moradores de rua, mas inclusive na vida de pessoas que possuem vínculos comunitários e familiares, mas que podem (ou não) vivenciar conflitos na família, na comunidade e junto aos traficantes.

Sugerimos, ainda, estudar outras categorias que estão relacionadas ao processo saúde-doença e que podem contribuir para o conhecimento, pelos atores vinculados às políticas e práticas de saúde, da realidade social e sanitária dos moradores de rua. Destacamos, aqui, a necessidade de se estudar a categoria *afetividade*, entendida por Sawaia (2007) como fundamental para o enfrentamento dos processos de exclusão/inclusão social e para a definição da cidadania e do cuidado do Estado para com os seus cidadãos.

REFERÊNCIAS

ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira; WARANDA, Walter. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. In: **Revista Saúde e Sociedade**, v.13, n°1, p. 56-69, jan-abr/2004.

ALCÂNTARA, Stefânia Carneiro. **O Grupo Vivencial Comunitário: uma possível articulação entre a psicologia social comunitária e a psicologia fenomenológico-existencial**. 2004. 99p. Monografia (graduação em psicologia). Universidade de Fortaleza. Curso de Psicologia. Fortaleza.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006. 288p.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha. BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção Primária à saúde e estratégia de saúde da família. IN: CAMPOS et al (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

ANTUNES, R. **O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2005

ARISTIDES, Jackeline Lourenço; LIMA, Josiane Vivian Camargo. processo saúde-doença da população em situação de rua da cidade de londrina: aspectos do viver e do adoecer. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 43-52, jun. 2009

AYRES, J. R. C. M. **Uma Concepção Hermenêutica de “Saúde”**. In: Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17 (1): 43-62, 2007.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. . In: FONSECA, A.F.; CORBO, A. M. D.(Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007b. p. 51-86

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996**: diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997a

_____. Ministério da Saúde. **Guia Prático do PSF**.. Brasília: Ministério da Saúde, 1997b

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Sistema Único da Assistência Social**. 2003. Disponível em: <www.mds.gov.br>. Acesso em: 10/08/2008.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS**. 2004.

_____. Decreto s/nº de 25 de outubro de 2006. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 outubro de 2006. Seção 1, p. 206.

_____. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei Complementar 92/2007**. 2007. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/483713.pdf>. Acesso em 29/06/2009

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome. **Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. 2008a.

_____. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Poder Executivo, Brasília, DF, 2008b

_____. Decreto 7053. de 23 de dezembro de 2009. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dezembro de 2009. Seção 1, p. 16

BRITO, Valquíria de O. C.; PARRA, Deolinda; FACCHINI, Regina; BUCHALLA, Cássia Maria. Infecção pelo HIV, hepatites B e C e sífilis em moradores de rua. In: **Revista de Saúde Pública**, V.41 (2), p. 47-56, 2007.

BULLA, Leona Capaverde; PRATES, Jane Cruz; MENDES, Jussara Maria Rosa; RODRIGUES, Haydeé de Caez Pedroso Rodrigues; MEDEIROS, Maria Bernadete de Moraes. Desvendando a situação do morador de rua. In: Bula LC, Mendes JM, Prates JC, orgs. **As múltiplas formas de exclusão social**. Porto Alegre: Edipucrs; 2004. p. 109 -134

BURSZTYN, Marcel. Da pobreza à miséria, da miséria à exclusão: o caso das populações de rua. In: BURSZTYN, Marcel (org.) **No meio da Rua: nômades, excluídos e viradores**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. As armadilhas da “Concepção Positiva da Saúde”. In: **Physis: Rev.. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17 (1): 63-73, 2007.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli; MISHIMA, Silvana Martins. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado e da sociedade civil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(4):1260-1268, jul-ago, 2005

CAMPOS, C.M.S.; BATAIERO, M.O. Health needs: an analysis of Brazilian scientific literature from 1990 to 2004. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.605-18, set/dez 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa Campos. **Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. Sociedade e Cultura, v. 3, n. 1 e 2, jan/dez. 2000, p. 51-74

CAMPOS, Geraldo Mendes de; e MATTOS, Ricardo Mendes. **Projeto LAR (Livro do álcool e das ruas)**: proposta psicossocial de intervenção com o alcoolista em situação de rua. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em psicologia). 2004. 141f. Universidade de São Marcos. São Paulo, 2004.

CANONICO, Rhavana Pilz et al. Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. In: **Revista da Escola de Enfermagem USP 2007**, v. 41, n. spe, pp. 799-803.

CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, IV(2): 287-307, jul-out., 1997

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde**: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2005.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo de (orgs). **Os sentidos da integralidade** na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

COHN, Amélia. Estado, políticas públicas e saúde. In: CANESQUI, Ana M. (org). **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CORREIA, M. V. C. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. In: **Temporalis**. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. São Luís: ABEPSS, 2007.

COSTA, Ana Paula Motta. População em situação de rua: contextualização e caracterização. In: Revista Virtual Textos e Contextos, nº 4, ano IV, dez. 2005.

DUARTE, N. **Vigotski e o “aprender a aprender”**: crítica às apropriações neoliberais e pós-modernas da teoria vigotskiana. 4ª. Ed. Campinas: editores associados, 2006.

ESMERALDO, Geordany Rose de Oliveira Viana. **A organização da estratégia de saúde da família em Fortaleza-CE**: do processo de implantação ao contexto atual. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2007.

ESMERALDO FILHO, Carlos Eduardo. **Saúde mental e (ex)-moradores de rua: um estudo a partir do valor pessoal e do poder pessoal**. 2006. 106f. Monografia (graduação em Psicologia). Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2006.

_____. **Histórias de vida de ex-moradores de rua: valor pessoal, poder pessoal e uso abusivo de álcool**. 2007. 116f. Monografia (Especialização em Saúde Mental). Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2007.

SCOREL, Sarah. Exclusão social no Brasil contemporâneo, um fenômeno sócio-cultural totalitário? In: **Encontro Anual da ANPOCS XIX**, Caxambu, out. 1995.

_____. **Vidas ao léu: trajetórias da exclusão social**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

_____. Vivendo de teimosos: moradores de rua da cidade do Rio de Janeiro. In: BURSZTYN (org.) **No meio da Rua: nômades, excluídos e viradores**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A política social do Estado capitalista: as funções da previdência e assistências sociais**. 3ª. ed. São Paulo: Cortez Editora, 1983

FARIAS, Alessandra Araújo. **O Grupo Vivencial Comunitário e sua contribuição para a Saúde Mental dos Moradores de rua**. Monografia (Especialização em Saúde Mental). Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2007.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos: Seguridade Social na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. **Revista Saúde em Debate**. V33, n.83, p 380-387, 2009.

FONSECA, Afonso Henrique Lisboa da. **Grupo, ritmo fugacidade e forma**. Processo de grupo e facilitação na psicologia humanista. São Paulo: Editora Ágora, 1988.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2006**. Mimeo. 329p. disponível em www.saude.fortaleza.ce.gov.br.

FRANCO, Túlio; BUENO, Wanderley Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2007.

GUARESCHI, Pedrinho. **Psicologia Social Crítica: como prática da libertação**. 3ª. ed. Porto Alegre: EDIPUCR, 2005.

GUARESCHI, N.M.F., WEBER, A., COMUNELLO, L.N., & NARDINI, M. (2006). Discussões sobre Violência: Trabalhando a Produção de Sentidos. In: **Psicologia: Reflexão & Crítica**, 19(1), 122-130.

GIORGETTI, Camila. **Moradores de rua: uma questão social?** São Paulo: Fapesp, Educ, 2006.

GRUPPI, Luciano. **Tudo começou com Maquiavel**. As concepções de Estado em Marx, Engels, Lênin e Gramsci). Porto Alegre: LPM editores, 1980.

GÓIS, Cezar Wagner Lima **Noções de Psicologia Comunitária**. Fortaleza: Edições UFC, 1993.

HECKERT, Uriel; SILVA, Juliana de Moraes Ferreira. Psicoses esquizofrênicas em população de rua. In: **Revista de Psiquiatria Clínica**. 29(1); 14-19, 2002

HELLER, Agnes. **Teoria de las necesidades en Marx**. 2. ed. Barcelona: Ediciones Peninsula, 1986. 182 p

HELLER, Agnes. Sociologia de la vida cotidiana. 4ª.ed. Barcelona: Ediciones Peninsula, 1994. 420p.

_____. **O cotidiano e a história**. 8ª. Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

JUCÁ, Gisafran Nazareno Mota. **Verso e Reverso do Perfil Urbano de Fortaleza**. Fortaleza: Secretaria de Cultura e Desporto do Ceará, 2000.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. In: **Revista Saúde e Sociedade**. V. 13, n.1, p.25-36. São Paulo, 2004.

LANDIM, Lucyla Oliveira Paes. **O Entardecer no Farol: um estudo sobre a percepção da saúde entre pessoas idosas**. 2004. 145f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2004.

LANE, Sílvia T. M.; CODO, Wanderley (Orgs.) - **Psicologia Social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

LEONTIEV, A. **O desenvolvimento do Psiquismo**. 2ª.ed. São Paulo: Centauro, 2004

LEOPARDI, Maria Tereza; NIETSCHKE, Elisabeta Albertina. Roteiro de Projeto de Pesquisa. In: LEOPARDI, Maria Tereza (org.) **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001

LIMA, Silvana Garcia de Andrade. **Vidas do Meio Fio: os moradores de rua de Fortaleza no contexto da formulação de uma política pública**. 2008. 111f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Políticas Públicas). Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2008.

LINHARES, Paulo. Uma história regional com olhar cosmopolita. **Jornal O Povo**, Fortaleza, 15 de abril de 2005. Disponível em <<http://www.opovo.com/>>. Acesso em: 15 de abril de 2008.

LOVISI, Giovanni Marcos. Avaliação de Distúrbios Mentais em Moradores de Albergues Públicos das Cidades do Rio de Janeiro e Niterói. **2000. 187f. Tese (doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ. Rio de Janeiro**

LUZ, M. **As instituições médicas no Brasil: Instituição e estratégia de hegemonia**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 2009.

MACHADO, EDUARDO PAES e NORONHA, CECI VILAR. A polícia dos pobres: violência policial em classes populares urbanas. In: **Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, nº 7, jan/jun 2002, p. 188-221

MARTIN-BARÓ, I. **Acción e ideología: psicología social desde Centroamérica**. 2ª. Ed. San Salvador: UCA editores, 1985. 475p.

_____. **Psicología de la liberación**. Madrid: Editorial Trotta, 1998.

MERHY, Emerson Elias. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelos de atenção. In: **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário – O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo, Rio de Janeiro, Hucitec/ABRASCO, 1992.

_____. **Uma Agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDES, Jussara; SILVEIRA, Sandra. Nas páginas dos periódicos: construção social e realidade do fenômeno morador de rua. In: Revista Virtual Textos e Contextos, nº 4, ano IV, dez. 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994ª

_____. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10 (suplement 1): 07-18, 1994b

_____. Saúde e Ambiente: uma relação necessária. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2007. 406 p.

MINAYO, M. C. S. ; [DESLANDES, S.](#) A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. XIV, n. 1, p. 35-42, 1998.

MINAYO, M. C. de S. and SOUZA, E. R. de: Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. In: **História, Ciências, Saúde— Manguinhos**, IV(3): 513-531 nov. 1997-feb. 1998.

PANIZZI, M; FRANCO, T.B. A implantação do acolher chapecó reorganizando o processo de trabalho. In: FRANCO et al (org). **Acolher Chapecó**: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 79-109.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Necessidades Humanas**:subsídios à crítica dos mínimos sociais. 01. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2000. v. 01. 215 p.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **Histórias das Políticas de Saúde no Brasil**. 2005. Disponível em: http://www.medicina.ufmg.br/dmps/saude_no_brasil.rtf. Acesso em: 08/09/2007.

PRATES, Jane Cruz; PRATES, Flavio Cruz. A contribuição da pesquisa para o desenvolvimento das políticas sociais pelo poder local. In: Revista Virtual Textos e Contextos, nº 4, ano IV, dez. 2005.

RIBEIRO, Darcy. **O Povo Brasileiro**. A formação e o sentido do Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

RODRIGUES, Lídia Valesca Bonfim Pimentel. **Vidas nas Ruas: Corpos em Percursos no Cotidiano da Cidade**. 2005. Tese (Doutorado em Sociologia). Universidade Federal do Ceará, 2005.

ROSA, Anderson da Silva; SECCO, Maria Gabriela; BRÊTAS, Ana Cristina Passarelas. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2006, maio-jun; 59(3): 331-6.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. Contribuições da Epidemiologia. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

SANTOS, W. G. **Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campos, 1987.

SAWAIA, Bader. Introdução: exclusão ou inclusão perversa?. In: In: SAWAIA, Bader (org). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social.**: Vozes: Petrópolis, 2007a.

_____. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: In: SAWAIA, Bader (org). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social.**: Vozes: Petrópolis, 2007b

SCHRAIBER, LB; GONÇALVES RBM. Necessidade de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, LB, NEMES MIB, GONÇALVES RBM **Saúde do adulto: Programas e ações na unidade básica**. 2ed. – São Paulo: Hucitec, 2000. P. 29-47

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia P L; COUTO, Márcia Thereza. Violência e saúde: estudos científicos recentes. In: **Revista de Saúde Pública**, 2006;40(N Esp):112-20

SILVA, José Borzacchiello da. A cidade contemporânea no Ceará. In: Souza, Simone de. (Org.). **Uma nova história do Ceará**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2004.

SNOW, David A.; ANDERSON, Leon. **Desafortunados: um estudo sobre o povo de rua**. Petrópolis, RJ: Cortez, 1998.

SOUZA, Eduardo Sodré de.; SILVA, Sandra Regina Vilchez da.; CARICARI, Ana Maria. Rede social e promoção da saúde dos “descartáveis urbanos”. In: **Revista da Escola de Enfermagem USP**. 2007, v. 41, n. spe, pp. 810-4.

SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes; VILAR, Rosana Lúcia Alves de. ROCHA, Nadja de Sá Pinto Dantas; UCHOA, Alice da Costa; ROCHA, Paulo de Medeiros. Acesso e

acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110, 2008

SOUZA, Ricardo Oliveira de. **Mágica da sobrevivência: as práticas de assistência ao morador de rua na cidade de Fortaleza- limites e possibilidades**. Monografia (Graduação em Serviço Social). Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2008.

STOTZ, E. N. . Os desafios para o SUS e a Educação Popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: Cristianne Maria Famer Rocha; Liliana Santos; Luiz Fernando Silva Bilibio; Ricardo Burg Ceccim; Laura Camargo Macruz Feuerwerker; Heider Aurélio Pinto. (Org.). *Ver - SUS Brasil: cadernos de textos*. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, v. 1, p. 284-299.

TEIXEIRA, Paulo André. **Produção de sentido de álcool em ex-moradores de rua**. 2007. 76f. Monografia (graduação em psicologia). Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2007.

TOSTA, Tânia Ludmila Dias. Memórias da rua, memórias da exclusão. In: BURSZTYN, Marcel (org.) **No meio da Rua**: nômades, excluídos e viradores. Rio de Janeiro: Garamond, 2003

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Monica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004

TRAVASSOS, Cláudia. OLIVEIRA, Evangelina X. G. VIACAVAL, Francisco. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(4):975-986, 2006

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, Rejane Batista. Para entender a política de assistência social à criança e ao adolescente no Estado brasileiro. In: **Revista o público e o privado**, n. 6, jul/dez, 2005.

VIEIRA, Maria Antonieta da Costa; BEZERRA, Eneida Maria Ramos; ROSA, Cleissa Moreno Maffei. **População de rua**: quem é, como vive, como é vista. São Paulo: Hucitec, 1992.

VIGOTSKI, L. S. **A formação social da mente**: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007. 181p.

VIGOTSKI, L. S.;LURIA, A. R. **A história do comportamento: O macaco, o primitivo e a criança.** Porto Alegre: Artes médicas, 1996.

WANDERLEY, Mariângela Belfiore. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: SAWAIA, Bader (org). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social.**: Vozes: Petrópolis, 2007.

WENDHAUSEN, A. **O duplo sentido do controle social: (des)caminhos da participação em saúde.** Itajaí: Ed. Univali, 2002. 318p.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Roteiro de entrevista semi-estruturada com os moradores de rua

1) A vida antes da rua

- Escolaridade, idade, profissão/ofício, naturalidade
- Como era a sua vida antes de ir morar na rua?
- Família
- Condições de moradia, trabalho e vida de uma forma geral
- Alimentação, lazer, atividades, relacionamentos interpessoais
- Trabalho, emprego, desemprego
- Concepção de saúde pessoal
- Parava para pensar sobre a saúde?
- Problemas de saúde?
- Álcool e outras drogas
- Onde buscava serviços de saúde? Unidade de referência? Internação?
- Fatores que contribuíram para o processo de ida para as ruas

2) Vida após a ida para as ruas

- Características, estratégias de sobrevivência e modo de vida na rua
- Concepções de saúde pessoal após a ida para as ruas
- Percepções acerca dos atendimento em saúde e das ações do poder público

APÊNDICE B

Roteiro de entrevista semi-estruturada com os representantes da SEMAS e da SMS

1) Percepção acerca da problemática dos moradores de rua

- Como você percebe a problemática da situação de rua no município de Fortaleza?
- Que necessidades você identifica nessa população?

2) Políticas da SEMAS/SMS

- Políticas, programas e serviços da SEMAS/SMS para a população em geral do município de Fortaleza-CE
- Políticas, programas e serviços da SEMAS/SMS efetivas para a população em situação de rua em Fortaleza-CE;
- Como se dá o monitoramento e a avaliação dessas políticas?
- Previsão de ações futuras;

3) Intersetorialidade

- Que outras políticas para moradores de rua (de outros setores) você conhece?
- Existem articulações da SEMAS/SMS com outros setores/secretarias (saúde/assistência social, educação, trabalho)? Como ocorrem essas articulações? Há planejamento articulado? Como fica a questão dos recursos financeiros?
- Existem parcerias ou convênios com outras instituições/instâncias?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA PARA OS MORADORES DE RUA

Estamos realizando uma pesquisa chamada “Necessidades de saúde dos moradores de rua: a resposta das políticas sociais do município de Fortaleza-CE”, cujo objetivo é analisar a adequação das políticas sociais à realidade dos moradores de rua do município de Fortaleza-CE, mais especificamente suas necessidades de saúde. Serão usadas, para a coleta de dados, entrevistas semi-estruturadas, observação participante e análise documental. Serão feitas algumas perguntas acerca da sua vida, incluindo a fase anterior à ida para as ruas.

A pesquisa trará benefícios no sentido de aprofundar a compreensão acerca das necessidades dos moradores de rua do município de Fortaleza, bem como sobre a adequação das políticas públicas de saúde e assistência social a essas necessidades.

A sua participação será da seguinte forma: o pesquisador fará algumas perguntas sobre um pouco da sua história de vida e sua trajetória antes e após a ida para a rua. A entrevista será gravada para melhor organizar as informações, porém não terá o seu nome. A parte escrita do trabalho também não conterà o seu nome.

Com essas informações, gostaríamos de saber se você aceita participar da pesquisa. É necessário esclarecer que: 1. a sua aceitação/autorização deverá ser de livre e espontânea vontade; 2. a pesquisa não trará nenhum risco ou problema para você; 3. a identificação de todos os envolvidos será mantida em segredo; 4. que você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem qualquer problema para você; 5. será permitido o acesso às informações sobre procedimentos relacionados à pesquisa ; 6. somente depois de ter entendido o que foi explicado, deverá assinar este documento.

Em caso de dúvida, poderá falar com o estudante responsável pela pesquisa, o aluno do curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Carlos Eduardo Esmeraldo Filho, fone 32472596 ou com a Coordenadora do Mestrado, a Profa . Dra. Maria Salete Bessa Jorge, localizado na Av. Paranjana, 1700, Itaperi, CEP: 60740-000: 60020-180, fone: 31019826. O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para reclamações referentes à pesquisa pelo telefone (85) 31019890.

Fortaleza, ___ de _____ de 2009

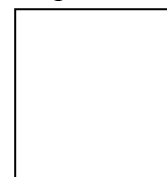
Assinatura do (a) orientador (a) da pesquisa

Assinatura do pesquisador

Tendo sido informado sobre a pesquisa “Necessidades de saúde dos moradores de rua: a resposta das políticas sociais do município de Fortaleza-CE”, concordo em participar desta.

Nome: _____

Assinatura: _____



Digital do sujeito da pesquisa

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA PARA OS REPRESENTANTES DA SEMAS E DA SMS

Estamos realizando uma pesquisa chamada “Necessidades de saúde dos moradores de rua: a resposta das políticas sociais do município de Fortaleza-CE”, cujo objetivo é analisar a adequação das políticas públicas à realidade dos moradores de rua do município de Fortaleza-CE, mais especificamente suas necessidades de saúde. Serão usadas, para a coleta de dados, entrevistas semi-estruturadas, análise documental e observação participante. Serão feitas algumas perguntas acerca das políticas públicas de Fortaleza efetivadas junto à população em geral e à população em situação de rua.

A pesquisa trará benefícios no sentido de aprofundar a compreensão acerca das necessidades de saúde dos moradores de rua do município de Fortaleza, bem como sobre a adequação das políticas públicas de saúde e assistência social a essas necessidades.

A sua participação será da seguinte forma: o pesquisador fará algumas perguntas sobre as políticas públicas de Fortaleza-CE, especialmente no que diz respeito ao atendimento a moradores de rua. A entrevista será gravada para melhor organizar as informações, porém não terá o seu nome. A parte escrita do trabalho também não conterá o seu nome.

Com essas informações, gostaríamos de saber se você aceita participar da pesquisa. É necessário esclarecer que: 1. a sua aceitação/autorização deverá ser de livre e espontânea vontade; 2. a pesquisa não trará nenhum risco ou problema para você; 3. a identificação de todos os envolvidos será mantida em segredo; 4. que você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem qualquer problema para você; 5. será permitido o acesso às informações sobre procedimentos relacionados à pesquisa ; 6. somente depois de ter entendido o que foi explicado, deverá assinar este documento.

Em caso de dúvida, poderá falar com o estudante responsável pela pesquisa, o aluno do curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Carlos Eduardo Esmeraldo Filho, fone 32472596 ou com a Coordenadora do Mestrado, a Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge, localizado na Av. Paranjana, 1700, Itaperi, CEP: 60740-000: 60020-180, fone: 31019826. O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para reclamações referentes à pesquisa pelo telefone (85) 31019890.

Fortaleza, ___ de _____ de 2009

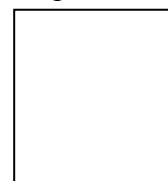
Assinatura do (a) orientador (a) da pesquisa

Assinatura do pesquisador

Tendo sido informado sobre a pesquisa “Necessidades de saúde dos moradores de rua: a resposta das políticas sociais do município de Fortaleza-CE”, concordo em participar desta.

Nome: _____

Assinatura: _____



Digital do sujeito da pesquisa

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)