

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**MORADORES DE RUA NA CIDADE DO GUARUJÁ/SP: CONDIÇÕES DE VIDA,
SAÚDE, EMOÇÕES E RISCOS.**

MARIA JOSÉ GOMES DE AGUIAR

SANTOS

2014

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

**MORADORES DE RUA NA CIDADE DO GUARUJÁ/SP: CONDIÇÕES DE VIDA,
SAÚDE, EMOÇÕES E RISCOS.**

MARIA JOSÉ GOMES DE AGUIAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Nível Mestrado, da Universidade Católica de Santos como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Políticas e Práticas de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Alberto Amador Pereira

SANTOS

2014

DEDICATÓRIA

Quero dedicar este trabalho a duas pessoas muito especiais em minha vida, que me deram força e coragem para empreender esta árdua, mas deliciosa jornada no mundo do conhecimento, aos meus eternos amores: David Aguiar de Oliveira e Ana de Oliveira Gomes (*in memoriam*).

Ao meu amado David, mas também irmão, amigo, companheiro, parceiro, que nesses 28 anos de relacionamento, não me sinto apenas carne da sua carne, mas sou alma com a sua alma. À você meu amor quero dedicar além desse trabalho, minha vida e minha eterna gratidão pelo incentivo e apoio ao longo de todos esses anos.

À minha querida mãe, Ana de Oliveira Gomes, mulher simples que sabia o valor dos estudos, bem precioso que lhe foi retirado por diversas vezes na curta vida que teve. Ensinou-me que o estudo é a maior riqueza que uma pessoa possa deixar para seus filhos.

A amizade de vocês construída nas noites de “Renato Souza Pinto”, me fortaleceram nas horas em que o medo de não conseguir me rondava. Verdadeiros exemplos de caráter, força, honestidade, integridade, dignidade, dedicação e amor ao próximo que já conheci. Seus ensinamentos e lições de vida foram fundamentais na construção do meu caráter profissional.

Obrigada meus amores por toda a confiança que sempre depositaram em mim. Meu amor por vocês será eterno!

FOLHA DE AGRADECIMENTOS

Não foram poucas as dificuldades que passei para conseguir chegar ao término desse trabalho, mas quando você tem uma família que te ama e apoia, amigos que te motivam, e principalmente um Deus maravilhoso e perfeito que te acolhe nos momentos mais difíceis, te sustenta quando você pensa que está sozinha, é possível ultrapassar e vencer as barreiras que as intempéries da vida se colocam diante de nós como obstáculos intransponíveis.

Quero registrar a minha gratidão ao professor Dr. Luiz Alberto Amador Pereira, por ter aceitado o desafio de me orientar no apagar das luzes dessa pesquisa. Pela paciência e persistência comigo e pela coragem em navegar nesse oceano quase desconhecido para ele que é a pesquisa qualitativa. Não tenho palavras professor para descrever o quanto lhe sou grata.

Quero deixar aqui meus agradecimentos a três professores muito especiais que tive o enorme prazer de conviver no mestrado: a Rosa Maria Ferreira Pinto, minha eterna orientadora, que gerou comigo e me ajudou a criar essa ‘filha’ até o fim. Pela dedicação e atenção no acompanhamento desse trabalho na maior parte da caminhada; a ‘fessora’ Amélia Cohn, que me ensinou que apesar da pobreza que se espalha nas desigualdades sociais que assolam o país, nossa sociedade possui muitos ‘pobres’ ricos de caráter, de dignidade e conhecimento de seus direitos que muitas academias não conseguem reproduzir em seus alunos, e ao professor Dr. Marcos Caseiro, que me apresentou o ‘tema’ desta pesquisa: População em situação de rua. Pessoas desprezadas e descartadas pela sociedade capitalista, mas que em minha opinião são jóias brutas com valores que apenas os números não apresentam na dimensão da riqueza que representam. A trajetória de vida e a bagagem profissional que vocês construíram com muita dedicação, amor e competência marcou a vida de todos que tiveram a sabedoria de aprender com suas orientações e exemplo de profissionais que são. Isso, não se revoga com uma simples assinatura! Admiro muito vocês!

As professoras Dra. Ligia Maria Castelo Branco da Fonseca e Dra. Lourdes Conceição Martins, pelas indicações de leitura e por terem se disponibilizado a compor a Banca Examinadora tanto de qualificação quanto de defesa, meu muito obrigada.

A minha família, minhas filhas Natália, Anna Gabriella e Lanna Rhamela que ‘assumiram’ a nossa casa durante esse trabalho nas horas de minha ausência, e pelas aulas de ‘informática’ Lanna, você descobriu meu computador... Valeu ‘noira’! Ao Lucas, filho querido pelos abraços ‘envolventes’ e beijos calorosos, ao pequeno gigante Daniel ‘Aguiai’, meu neto lindo e gato, sua alegria constante renovou as minhas forças em muitos dias quando estavam se esvaindo. Amo vocês! Obrigada mesmo!

As coordenadoras dos equipamentos públicos Marlene e Bruna que se trabalhando com a população em situação de rua, obrigada pela cooperação em me atender para as entrevistas, por contarem como é trabalhar com essas pessoas que vivem a margem de uma sociedade que insiste em não enxergá-los, por dividirem pouco da vida profissional de vocês.

Aos principais e mais importantes atores dessa pesquisa, os representantes da população em situação de rua que entrevistei, minha imensa gratidão por compartilharem questões tão íntimas da triste vida que é viver, conviver e sobreviver nas ruas e das ruas. Anônimos para muitos, mas que tem muito a dizer, só precisam que alguém pare para ouvi-los.

A srª. Elisabete Maria Gracia da Fonseca, secretária de Desenvolvimento e Assistência Social do município do Guarujá, que compreendeu a importância dessa pesquisa e gentilmente autorizou a sua realização.

Aos queridos amigos Neide Couto, Marco Barreto e Cristiane, por terem me acolhido em suas casas no Guarujá no inicio dessa caminhada ainda em 2011, esse carinho de vocês não tem preço. Por isso lhes digo, minha casa, suas casas. Obrigada.

Aos amigos Jaqueline Baraúna e Josué Gleriano, pelo companheirismo na caminhada, pelas caronas divertidas e aliviadoras na hora do estress, pelas companhias agradáveis que vocês sempre foram nesses últimos meses. Que a nossa amizade se estenda para além do *Pós – doc*, amiga Baraúna, afinal esse nome é potente! E ao Josué, que seu sucesso profissional a partir da ‘conquista do Mato Grosso’ nos leve além das fronteiras desse mundo sem portearas.

As queridas Bárbara e Débora, que sempre nos receberam muito bem na secretaria acadêmica. Obrigada pelo carinho e atenção que nunca faltaram nesses meses de mestrado.

A Unisantos pela oportunidade do aperfeiçoamento acadêmico, e a Capes, por ter financiado os meus estudos com a Bolsa de Mestrado.

Enfim, a todos os amigos, parentes, familiares e irmão de fé, próximos ou distantes que torceram, incentivaram e oraram por mim, que me acompanharam desde a época da graduação, minha eterna gratidão. Amo todos vocês!

Maria José Gomes de Aguiar

**MORADORES DE RUA NA CIDADE DO GUARUJÁ/SP: CONDIÇÕES DE VIDA,
SAÚDE, EMOÇÕES E RISCOS.**

Dissertação de Mestrado aprovado em ____/____/____.

Banca Examinadora:

Dr. Luiz Alberto Amador Pereira
Orientador

Prof^a. Dra. Lourdes Conceição Martins

Prof^a. Dra. Ligia Maria Castelo Branco da Fonseca

RESUMO

Este trabalho buscou conhecer a população em situação de rua, suas condições de vida, de saúde – doença e o acesso destes às instituições públicas prestadoras de assistência à saúde. Escolhemos a cidade de Guarujá, na Baixada Santista, por ser um dos locais de maior procura dessa população. Teve como objetivos específicos: a) Delinear o perfil do morador de rua da cidade de Guarujá - SP, segundo idade, escolaridade, situação de trabalho, estrutura familiar e motivo pelo qual se encontra nas ruas; b) Verificar a existência de diagnóstico de doenças crônicas e/ou morbidades e a percepção de saúde – doença do morador de rua da cidade de Guarujá – SP; c) Identificar as formas de acesso para controle de doenças crônicas e morbidades nos locais de prestação de serviços de saúde na cidade de Guarujá – SP; d) Avaliar a percepção de risco e o impacto do estigma social nas emoções do morador de rua da cidade de Guarujá – SP. Foi utilizada neste trabalho a pesquisa qualitativa, porque esta abordagem trabalha com o universo dos significados, dos motivos, aspirações, crenças, dos valores e atitudes, adquiridos no processo histórico social e esse conjunto de fenômenos humanos são compreendidos como parte da realidade social. Os resultados confirmaram predominância masculina, com baixa escolaridade levando-os a prestação de trabalhos informais e de baixa qualidade; a maioria dos entrevistados tem a saúde comprometida a ponto de interferir nas suas condições de sobrevivência sentimentos e emoções como medo tristeza, saudade e abandono dos familiares foram evidentes durante essa pesquisa. Também se observou nos relatos atitudes de violência praticadas contra essa população por parte de guardas civis do município, o que aumenta o risco vivenciado por quem só tem as ruas como abrigo. O acesso destes aos serviços de saúde é feito basicamente pelas Unidades de Urgência e emergência as UPA's, quando são acompanhados ou encaminhados para este serviço. A análise e discussão dos resultados foi efetuada a partir de três Eixos de Análise: Eixo 1: Condições de Vida; Eixo 2: Saúde, doença e acesso aos serviços de saúde; e no Eixo 3 foi discutido as representações do morador de rua sobre saúde e doença. Concluímos que a cidade do Guarujá, assim como tantas outras cidades brasileiras, ainda tem um longo caminho a percorrer no atendimento à população. É preciso implementar políticas sociais municipais de acordo com a Política Nacional para população em situação de rua que reconheça seus direitos e garanta as condições mínimas de cidadania.

Palavras-Chaves: População em situação de rua; Exclusão social; Saúde e doença.

ABSTRACT

This study aimed to know the people on the streets, living conditions, health - disease and their access to public institutions providing health care. We chose the city of Guaruja, in Santos, for being one of the places of highest demand of this population. Its specific objectives: a) outline the profile of the homeless city of Guaruja - SP, according to age, education, work status, family structure and reason lies in the streets; b) Check for diagnosis of chronic and / or comorbidity and perceived health - disease of the homeless city of Guarujá - SP; c) Identify the means of access to and control of chronic disease comorbidities in places providing health services in the city of Guarujá - SP; d) assess the perception of risk and the impact of social stigma on the emotions of the homeless city of Guaruja - SP. Qualitative research was used in this work, because this approach works with a plethora of meanings, motives, aspirations, beliefs, values and attitudes acquired in the historical and social process that set of human phenomena are understood as part of social reality. The results confirmed male dominated, with low education leading them to provide informal jobs and low quality; most respondents have compromised to the point of interfering with their health conditions of survival feelings and emotions like fear sadness, longing and abandonment of the family were evident during this research. It was also noted in the reports attitudes of violence against this population by civil guards the city, which increases the risk experienced by those who only have the streets for shelter. The access to these health services is made primarily by the Emergency Unit and the Emergency PSUs when they are accompanied or referred to this service. The analysis and discussion of the results was performed from three angles: Axis 1: Living Conditions; Axis 2: Health, disease and access to health services; Axis 3 and discussed the representations of the homeless on health and disease. We conclude that the city of Guarujá, as well as many other Brazilian cities, still has a long way to go in serving the population. Has need to implement municipal social policies in accordance with the National Policy for the homeless population that recognizes their rights and guarantee the minimum conditions of citizenship.

Key Words: Population living on the streets; Social exclusion; Health and disease.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição (%) dos estabelecimentos por setores da atividade econômica, Guarujá, SP, 2010.....	71
Gráfico 2	Distribuição (%) dos empregos formais por setores de atividade econômica, Guarujá, SP, 2010.....	72
Gráfico 3	Escolaridade da população de rua entrevistada.....	90
Gráfico 4	Diferença de gêneros entre a população de rua entrevistada.....	90

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Doenças Sexualmente Transmissíveis mais comuns em PSR.....	46
Quadro 2	Equipe de referência para atendimento direto.....	78
Quadro 3	Relação entre idade e tempo de permanência nas ruas.....	89
Quadro 4	Motivação principal de chegada e permanência nas ruas.....	91
Quadro 5	Cidade de origem, Tempo no Guarujá e período na Casa Proteção	92
Quadro 6	Familiares no Guarujá e último contato.....	93
Quadro 7	Ocupações/profissões relatadas pela população em situação de rua no Guarujá.....	94
Quadro 8	Rendimento da população em situação de rua no Guarujá.....	94
Quadro 9	Doenças diagnosticadas na população em situação de rua no Guarujá.....	95
Quadro 10	Relação Ocupação/profissão com patologias relatadas.....	96
Quadro 11	Doenças Diagnosticadas entre a população entrevistada no Guarujá/SP.....	127

LISTA DE FIGURAS E FOTOS

Figura 1	Rendimentos Nominais Médios por Domicílio	68
Foto 1	Construções maiores se destacando na Praia do Tombo.....	69
Foto 2	Concentração de construções verticais na Praia de Pitangueiras....	70
Foto 3	Moradias precárias no Núcleo Boa Vista.....	70
Foto 4	Moradias precárias no Núcleo Boa Vista.....	70
Foto 5	Esquerdo amputado: Presença de descamação intensa com lesão secretiva na região do tornozelo esquerdo.....	131
Foto 6	Pé Esquerdo amputado: Presença de Lesão com crosta em região plantar e lesão com crosta sem secreção na região distal.....	132
Foto 7	Pé Esquerdo amputado: Vista superior. Pé direito servindo de apoio, com presença de edemas nos dedos.....	132

LISTA DE SIGLAS

AA - Alcoólicos Anônimos
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AVC - Acidente Vascular Cerebral
BK - Bacilo de Koch
CAP'S - Centro de Apoio Psicossocial
CREAS Pop - Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social
CNES - Conselho Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social
CTAPT - Centro de Testagem, Aconselhamento, Prevenção e Treinamento
DM - Diabetes Melitus
DST's - Doenças Sexualmente Transmissíveis
FASC - Fundação de Assistência Social e Cidadania
GTI - Grupo de Trabalho Interministerial
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
HSA - Hospital Santo Amaro
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRC - Insuficiência Renal Crônica
MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MNCR - Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis
MNPR - Movimento Nacional da População de Rua
MS - Ministério da Saúde
MTE - Ministério do Trabalho e Emprego
NOB-RH/SUAS - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social
ONG's - Organizações Não Governamentais
PAEFI - Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos

PAIF - Proteção e Atendimento Integral às Famílias

PAT - Programa de Atenção ao Trabalhador

PSC - Prestação de Serviços à Comunidade

PSE - Proteção Social Especial

PSR - População em Situação de Rua.

PUCRS - Pontífice Universidade Católica do Rio Grande do Sul

RAIS - Relação Anual de Informações Sociais

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SBEM - Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia

SEDS - Secretaria de Desenvolvimento Social

SIAD - Serviço de Internação e Atendimento Domiciliar

SR - Sintomático Respiratório

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TB - Tuberculose

UBS's - Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

USAFA - Unidades de Saúde da Família

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
CAPITULO I: Nem tudo o rio arrasta.....	22
1.1. Quem é a população em situação de rua: terminologias e conceitos.	23
1.2. População em situação de rua no Brasil: algumas experiências.	27
1.3 População em situação de rua em Brasília e na Região Centro Oeste.	30
1.4 População em situação de rua na Região Sudeste.	31
1.5 População em situação de rua na Região Sul.	35
1.8. População em situação de rua e os Movimentos Sociais.	39
1.9 Da condição de pobreza para a situação de rua: trajetórias de vida.....	41
1.10. Saúde da população de rua – segundo o Ministério da Saúde e legislação vigente da Assistência Social.....	44
CAPÍTULO II: Descobrindo o encoberto.	49
2.1. O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.	49
2.1.1. OBJETIVOS.....	53
2.1.1.1 Objetivo Geral:	53
2.1.1.2 Objetivos Específicos:.....	53
2.1.2. Trajetória da Pesquisa.	53
2.1.2.1. Procedimentos da Pesquisa.....	54
2.2. O Local da Pesquisa: A cidade do Guarujá – SP.....	59
2.2.1. Guarujá no Brasil Colônia.	60
2.2.2. O Guarujá do século XIX.	61
2.2.3. Guarujá – Após a Febre Imobiliária e suas implicações.	63
2.2.4. Guarujá nos anos 2000.....	65
2.3. Instrumentos Públicos Pesquisados.	73

2.3.1. Local 1: Casa Proteção.....	74
2.3.2. Local 2: Casa Esperança	80
2.4. RESULTADOS.....	83
2.4.1. Caracterizando os sujeitos da pesquisa.....	84
2.4.2. Caracterizando os Profissionais que trabalham com a População em Situação de Rua - PSR.....	87
2.4.3. Perfil dos participantes entrevistados na pesquisa.	88
2.4.4. Idade e Tempo de permanência nas Ruas.	88
2.4.5. Escolaridade da População de rua entrevistada.....	89
2.4.6. Gêneros:	90
2.4.7. Motivação geradora da ida para as ruas.	90
2.4.8. Cidade de Origem, Período no Guarujá e Tempo de Permanência na Casa Proteção.....	91
2.4.9. Familiares no Guarujá e último contato.....	93
2.4.10 Problemas de Saúde encontrados na população de rua entrevistada.	95
2.4.11. Relação entre Profissão e Incapacidade Física.	95
2.4.12 Política Pública de Assistência Social para População em Situação de Rua no Guarujá.	97
CAPITULO III: CONHECENDO OS ESQUECIDOS.....	100
3.1. EIXO 1: CONDIÇÕES DE VIDA.....	102
3.1.1. Viver na rua e da rua.....	103
3.1.2. Percepção de risco dos moradores de rua no Guarujá.....	120
3.1.3. Perspectiva de futuro dos moradores de rua entrevistados.	122
3.2. EIXO 2: SAÚDE, DOENÇA E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.	124
3.2.1. Doenças identificadas, diagnosticadas e formas de tratamento.	126
3.2.1.1. Diabetes Mellitus - DM:	127
3.2.1.2. Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS:.....	129
3.2.1.3.Úlcera Venosa em perna direita e amputação parcial do Pé Esquerdo: ..	130

3.2.1.4. Bronquite Crônica:	133
3.2.1.5. Tuberculose – TB:.....	135
3.2.1.6. Câncer de Mama:.....	137
3.2.1.7. Retinose Pigmentar – RP.....	141
3.2.1.8. Micoses:.....	142
3.2.1.9. Osteoartrose de Quadril Esquerdo:.....	143
3.2.2. Acesso aos serviços e uso de medicamentos.....	144
3.3. EIXO: REPRESENTAÇÕES DO MORADOR DE RUA SOBRE SAÚDE/DOENÇA.	153
CONSIDERAÇÕES FINAIS	156
REFERÊNCIAS.....	161
APÊNDICE I:.....	166
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TECLE	166
APÊNDICE II: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS. (Caracterização do Morador de Rua)	169
APÊNDICE III: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	174
APÊNDICE IV - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (Coordenador (a) do Albergue Municipal do Guarujá)	175
APÊNDICE V - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	176
ANEXO 1: Formulário de atendimento – População em Situação de Rua.....	177

INTRODUÇÃO

Este trabalho é a Dissertação de Mestrado desenvolvida no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva na Universidade Católica de Santos, linha de pesquisa Políticas e Práticas de Saúde. Seu título, “Moradores de rua na cidade do Guarujá/SP: condições de vida, saúde, emoções e riscos”, foi construído a partir dos instrumentos públicos que atendem as pessoas em situação de rua na cidade de Guarujá, Estado de São Paulo, nos anos de 2013-2014.

A pesquisa com moradores em situação de rua tem sido relevante em muitos países do mundo. Muitos pesquisadores no Brasil e internacionalmente têm contribuído para conhecermos a vida, as necessidades, as emoções e os riscos que correm nas ruas esses seres humanos. Morador de rua, homem da rua, peões de trecho, trecheiros, pardais, maloqueiros, não importa o nome que se dá, por detrás deles está um ser humano, com condições precárias de vida, com saúde debilitada muitas vezes, sem paradeiro certo, sem emprego ou com um subemprego, com condições precárias de higiene muitas vezes, dormindo ao léu, correndo riscos pela violência urbana, enfim, sujeitos a todo tipo de privações, injustiças e dores. Todos eles possuem uma história a ser contada, partilhada e refletida.

Conforme veremos nesse trabalho, a história da população em situação de rua enquanto fenômeno, remonta ao surgimento das sociedades pré-industriais na Europa, onde camponeses foram desapropriados de suas terras, sem que a indústria e as cidades os absorvessem. A mendicância e as práticas de roubos e furtos foram o marco circunstancial no surgimento do pauperismo. Exploração, pobreza, doença, conflitos familiares e pessoais, desencontros amorosos, abandonos, esses e outros temas mais estão inseridos no contexto maior da vida das pessoas em situação de rua. Buscou-se, nesse trabalho, compreender a dinâmica que está por trás dessa situação social.

O objetivo geral desse trabalho foi conhecer a população em situação de rua, suas condições de vida, de saúde – doença e o acesso destes às instituições públicas prestadoras de assistência à saúde. A fim de entender melhor o tema e os sujeitos implicados, escolhemos a cidade de Guarujá, na Baixada Santista, a qual

possui mais de mil pessoas atendidas pelo sistema público, dentre os que vão e vem nas ruas, abrigos ou simplesmente são atendidos nas instituições municipais.

Como objetivos específicos, a pesquisa buscou pelo menos quatro objetivos: a) Delinear o perfil do morador de rua da cidade de Guarujá, segundo idade, escolaridade, situação de trabalho, estrutura familiar e motivo pelo qual se encontra nas ruas; b) Verificar a existência de diagnóstico de doenças crônicas e/ou morbidades e a percepção de saúde – doença do morador de rua da cidade de Guarujá – SP; c) Identificar as formas de acesso para controle de doenças crônicas e morbidades nos locais de prestação de serviços de saúde na cidade de Guarujá – SP; d) Avaliar a percepção de risco e o impacto do estigma social nas emoções do morador de rua da cidade de Guarujá – SP. Ao passo que caminhamos na busca do atendimento desses objetivos, fomos percebendo que o tema era mais abrangente que pensávamos e mais desafiante do que imaginávamos quando elaboramos o projeto inicial.

Para que esse trabalho pudesse explorar amplamente os seus objetivos, escolheu-se a pesquisa qualitativa, cuja definição e metodologia são capazes de abranger ao máximo a realidade social a ser delineada. A pesquisa qualitativa busca trabalhar com o universo dos significados, dos motivos, aspirações, crenças, dos valores e atitudes, adquiridos no processo histórico social. Esse conjunto de fenômenos humanos é compreendido como parte da realidade social, uma vez que o ser humano se distingue pelo pensar sobre o que faz, bem como pela interpretação de suas ações dentro e a partir da sua vivência com seus semelhantes, conforme aponta a pesquisadora social Minayo, (2007).

Para que a realidade social das pessoas em situação de rua fosse entendida, muito trabalho tinha-se pela frente. O primeiro passo foi respeitar a ética na pesquisa com seres humanos. Sendo assim, o trabalho foi submetido ao comitê de ética da Universidade Católica de Santos, a fim de cumprir-se essa exigência acadêmica. Tão logo essa etapa foi cumprida e tendo recebido o parecer favorável à pesquisa, saiu-se ao campo. Visitamos as instituições escolhidas, conhecemos os funcionários que ali exercem as suas atividades profissionais, entrevistamos os moradores em situação de rua, nos relacionamos com todos os atores sociais envolvidos no processo. Foi uma experiência única e marcante. Ouviu-se histórias

emocionantes e, ao mesmo tempo, tristes das realidades dura que cercam as vidas das pessoas.

Didaticamente, esse trabalho foi dividido em três capítulos. No primeiro deles, trabalhou-se os conceitos e as definições não somente dos moradores em situação de rua, mas também dos movimentos de pessoas que, ao redor do mundo, passam pelo mesmo drama que as pessoas no contexto brasileiro passam. Tratou-se, ainda, no primeiro capítulo das migrações que ocorreram em nosso país, especialmente na década de 1960, as quais trouxeram para os contextos urbanos pessoas de todas as regiões do país, num fluxo migratório que nem sempre trouxe resultados positivos para as pessoas implicadas e também para as cidades que recebiam essas pessoas. Ao mudarem de cidades em cidades, as pessoas deixavam para trás as suas famílias, seus parentes, seus amigos, sua terra natal e, porque não dizer, as suas identidades. De norte a sul, de leste a oeste, em todas as regiões do Brasil esses movimentos migratórios deixaram marcas nas vidas das pessoas, e mais fortemente naquelas que ficaram pelas ruas das pequenas, médias e grandes cidades.

No segundo capítulo, o trabalho enfatiza a trajetória do projeto de pesquisa, desde os seus objetivos gerais e específicos, passando pela metodologia empregada para a realização do mesmo, e indo até os primeiros resultados colhidos com a pesquisa. Trata-se de uma parte técnica, mas necessária para a produção proveitosa da pesquisa. Nesse capítulo também se discutiu a respeito das condições de saúde dos moradores em situação de rua. Foi atribuído um nome fictício a cada um deles, a fim de que suas identidades fossem preservadas. Escolheu-se o nome de pedras preciosas, porque é exatamente o que se desejou enfatizar com esse trabalho, os seres humanos, independentemente das condições sociais, das diferenças de classes, dos problemas que enfrentam, são pedras preciosas. Assim como as pedras preciosas, cada pessoa possui uma riqueza peculiar.

No terceiro e último capítulo dessa dissertação de mestrado, buscou-se discutir e analisar os dados encontrados na pesquisa a partir dos autores elencados para isso. Talvez, essa seja a parte mais acadêmica do trabalho, porque fundamenta e aprofunda nos autores existentes as discussões do tema em questão. A partir das entrevistas, e com as falas dos entrevistados, percebeu-se a grande variedade de

temas que surgem dos atores sociais implicados no processo de moradia de rua. A partir dos achados nas respostas e nas falas espontâneas, buscou-se fundamentar a discussão teórica do trabalho.

Este trabalho foi produzido ao longo de dois anos, nos quais muito se aprendeu sobre o tema moradores em situação de rua. Esperamos que a leitura e as discussões propostas aqui possam de alguma forma enriquecer o debate e contribuir para o aprofundamento do tema. É que o esperamos!

CAPITULO I: Nem tudo o rio arrasta.

*“Diz-se o violento rio que tudo arrasta, mas não se dizem
violentas as margens que o oprimem.”*

Bertolt Brecht.

Esta frase foi retirada da apresentação do livro Vidas de Rua, e que foi adotada pela Associação Rede Rua entre as décadas 1985 e 2005 (ROSA, 2005), como forma de expressar o drama em que vivem milhares de pessoas em situação de rua no Brasil, especificamente na cidade de São Paulo e também em todo o mundo. Para esta autora, essa frase também é:

A expressão da luta de numerosas entidades e organizações sociais para desnudar as construções ideológicas que buscam culpabilizar os indivíduos por situações que são de responsabilidade social, com raízes profundas no modelo econômico adotado pelo País nas últimas décadas (p.15).

A história da população em situação de rua enquanto fenômeno, remonta ao surgimento das sociedades pré-industriais na Europa, onde camponeses foram desapropriados de suas terras, sem que a indústria e as cidades os absorvessem. A mendicância e as práticas de roubos e furtos foram o marco circunstancial no surgimento do pauperismo. (MARX, 1988b, *apud* SILVA, 2009).

Segundo Silva (2009), nesse contexto de pauperismo generalizado por toda a Europa Ocidental no fim do século XVIII, deu-se a origem a esse fenômeno que:

Com o desenvolvimento do capitalismo, sua produção e reprodução ocorrem no processo de formação de uma **superpopulação relativa** ou **exército industrial de reserva** que mantém a oferta e a procura de trabalho em sintonia com as necessidades de expansão do capital. (SILVA, 2009, p.25).

Para Marx (*apud*, SILVA, 2009) a superpopulação relativa encontra-se nos movimentos da oferta e da procura de trabalho. Essa relação mantém os propósitos de exploração e domínio do capital.

Assim, as condições histórico-estruturais que originaram e reproduzem continuamente esse fenômeno populacional de situação de rua nas sociedades capitalistas, são as mesmas que originaram o capital, assegurando a condição de acumulação de riquezas de minorias em detrimento da grande massa, considerando as especificidades históricas, econômicas e sociais de cada nação (SILVA, 2009).

Ainda no aspecto da superpopulação relativa, a população em situação de rua encontra-se principalmente no pauperismo, ou no máximo em ocupações precárias e irregulares (SILVA, 2009). Segundo Marx (*apud* SILVA, 2009), o pauperismo se:

Constitui o asilo dos inválidos do exército ativo dos trabalhadores e o peso morto do exército industrial de reserva. Sua produção e sua necessidade se compreendem na produção e na necessidade da superpopulação relativa, e ambos constituem condição de existência da produção capitalista e do desenvolvimento da riqueza (p. 25-26).

Considerando as múltiplas determinações estruturais que envolvem essa condição de rua em nossa contemporaneidade é que esse fenômeno assume características relevantes de questão social. Compreender essa população nessa perspectiva exige esforço coletivo para um debate teórico sobre o tema.

1.1. Quem é a população em situação de rua: terminologias e conceitos.

Este grupo tem sido alvo de muitos pesquisadores não somente no Brasil, mas em muitos países pelo mundo. O último estudo realizado no país¹ sobre essa população confirma estudos anteriores, a notória predominância masculina, em torno de 82% em relação às mulheres, que é de 18%, entre 25 e 55 anos, sendo a faixa etária de maior concentração as pessoas em idade economicamente ativa, entre 25 e 45 anos. (BRASIL, 2009; ESCOREL, 1999; ROSA, 1995, 2005; VARANDA, 2003).

Muitas vezes falta consenso para definir essa população até entre eles, em relação a uma identidade única, tendo em vista que alguns que se utilizam dos

¹ RUA: Aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. BRASIL, 2009.

albergues públicos não se consideram pessoas em situação de rua, por se considerarem diferenciados daqueles que não o usam Varanda e Adorno (2004). Esse comportamento foi observado nesse trabalho, como veremos mais adiante.

As nomenclaturas que essa população recebe, geralmente representam uma identificação com os locais ou rotinas adotadas por onde se estabelecem ou instituições por onde passam e/ou frequentam. Tendo em vista a dimensão continental que o país apresenta, muitas são as terminologias, como morador de rua ou população em situação de rua, ou ainda termos que se referem a práticas voltadas para grupos específicos.

Algumas instituições utilizam o termo *morador de rua, população de rua* entre outros. Embora tais termos busquem reduzir o peso do preconceito inserido nas rotulações sociais, nem sempre são aceitos por todos os sujeitos que vivem nas e/ou das ruas. Assim, para identificar individualmente cada pessoa ou parte dessa população bem como a sua condição, esta pesquisa adotou a nomenclatura ‘pessoas em situação de rua’, por observar que existem sujeitos que buscam sair desse contexto social que se encontram, apesar das dificuldades obter êxito.

Embora esse grupo específico receba a nomenclatura de *morador de rua*, uma característica marcante desse público, é a questão da migração, uma vez que essa definição muitas vezes se confunde com a de migrante. De acordo com Rosa (1995, p. 49), a migração entre o campo e a cidade seguiu uma tendência dos países em desenvolvimento, assim como ocorrem em regiões mais atrasadas para as mais desenvolvidas, ou ainda das áreas conhecidas como frente de expansão, que aquelas de exploração mais antiga para outra mais recente.

Nesse contexto migratório em busca de trabalho a demanda não suporta a oferta de trabalhadores, criando para empregadores a modalidade das pessoas utilizarem o trabalho “*temporário ou eventual sempre que isso lhe pareça conveniente ou lucrativo*”. (Rosa, 1995, p.50). Segundo esta autora, essa modalidade de trabalho acabou por produzir no país dois outros tipos de migração:

- A migração sazonal se define por meio da contratação de trabalhadores temporários, como ocorre, por exemplo, no corte de cana de açúcar na região de Ribeirão Preto no estado de São Paulo, do norte de

Minas Gerais. Terminando a safra, esses contratados retornam para as suas cidades de origem (ROSA, 1995).

- A migração circular, de caráter perverso da utilização da força de trabalho movido pelos setores empresariais, trata os movimentos populacionais. As grandes empreiteiras geralmente contratadas pelos Estados e Governo Federal, se utilizam de mão-de-obra sobrante, para executar planejamentos estatais no ramo da construção civil, como as grandes hidrelétricas, e a própria construção da cidade de Brasília (ROSA, 1995, p. 50).

Para esta autora, em sua pesquisa realizada em 1995 (p.49), o termo migrante como categoria, é “*uma construção da ideologia dominante e, como tal, tem sido usada para reproduzir a situação de pobreza dos setores não qualificados de nossa população*”.

Segundo Varanda (2003), citando Rosa (2005), o termo *Trecheiro ou peões de trechos* origina-se de trabalhadores rurais que migravam de fazendas das pequenas para as grandes cidades, em busca de trabalho e residência fixa, principalmente na região Norte do Paraná devido à erradicação das plantações de café e a mecanização das lavouras.

Os trecheiros se opõem aos *pardais*, pois segundo os primeiros, os pardais se fixam nos locais e não buscam trabalho, enquanto que os trecheiros são itinerantes, geralmente são pessoas sozinhas que estão em busca de trabalho nas fazendas e/ou na construção civil dos municípios. (ROSA, 1995). Ao nomadismo é atribuído certo valor, como oposição ao sujeito que mostra passividade na condição de rua fixando-se em um lugar determinado (VARANDA, 2003, citando Magni, 1995).

Outro termo utilizado são os *maloqueiros*, pelo fato de construírem malocas, que são os locais de permanência de pequenos grupos durante o dia ou para pernoite. Este grupo guarda nesses locais, seus pertences pessoais, roupas, documentos, colchões velhos, etc., (VARANDA, 2003).

Os que utilizam os albergues públicos são definidos como ‘usuários de albergue’ ou simplesmente ‘albergados’. Para aqueles que admitem o uso continuo

de bebida alcoólica, estes se definem como bebuns, bêbados ou alcoólatras. Entre os usuários de drogas ilícitas como maconha e cocaína, o termo mais utilizado é **nóia**, os usuários de crack são denominados **pedreiros**. Tais termos são utilizados entre esse segmento populacional de uma forma preconceituosa, como veremos na fala de um dos entrevistados dessa pesquisa.

Na cidade de São Paulo em 1991, foi realizada uma pesquisa² com essa população em que outros termos foram utilizados para classificá-los. Tal classificação os distingue como “ficar na rua – circunstancialmente”, “estar na rua – recentemente” e “ser da rua – permanentemente”. Para Varanda (2003):6.

Esta distinção de situações também tende a uma maior complexidade na medida em que se considera o intrincado conjunto de fatores que se inter-relacionam no processo de ida para a rua e nas práticas assistenciais existentes. (p.6).

Reconhecidos profissionalmente, os catadores de material reciclável são considerados trabalhadores que vivem das ruas, embora estejam presentes no imaginário coletivo, como pessoas em situação de rua. Os termos *mendigos* ou *pedintes* não corresponde às características desta população. Pessoas em situação de desabrigio temporário, geralmente vítimas de catástrofes em enchentes que assolam anualmente as cidades, também são incluídas nesse imaginário, (VARANDA, 2003).

Mesmo considerando a multiplicidade de fatores que influenciam a ida de uma pessoa ou famílias para as ruas, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS (BRASIL, 2008), define População em Situação de Rua – PSR, como um:

Grupo populacional heterogêneo, caracterizado por sua condição de pobreza extrema, pela interrupção ou fragilidade dos vínculos familiares e pela falta de moradia convencional regular. São pessoas compelidas a habitar logradouros públicos (ruas, praças, cemitérios, etc.), áreas degradadas (galpões e prédios abandonados, ruínas, etc.) e, ocasionalmente, utilizar abrigos e albergues para pernoitar (p.8).

² VARANDA, 2003 citando Vieira et al, 1994, p.93.

Em outros países, o termo mais utilizado para definir essa população é *homeless*³, embora nem sempre seja entendida da mesma forma, podendo ser estendida a sujeitos que não moram em condições adequadas de moradia.

O termo *homelessness* atribuído pelo National Coalition for the Homeless (VARANDA, 2003), inclui pessoas que, mesmo tendo moradia fixa, esporadicamente utilizam albergues ou dormem nas ruas por falta de abrigamento público disponível para ficar. Essas pessoas se caracterizam nas imigrações em busca de tratamento de saúde, ou que trabalham nos grandes centros, mas que moram nas periferias, e mesmo pessoas em trânsito que vem visitar suas famílias.

1.2. População em situação de rua no Brasil: algumas experiências.

É notório que o fenômeno social denominado por vários autores como população em situação de rua é constituído por múltiplos determinantes sociais, devido as suas características nas sociedades capitalistas, não obstante as suas variações históricas e locais. (ROSA, 2005; SILVA, 2009).

Os países da América Latina possuem um histórico de desigualdades sociais oriundos inicialmente no processo de colonização dos mesmos, mas que nas últimas décadas acentuou-se devido ao processo de aceleração da globalização, trazendo como consequências sociais graves uma grande parte da população dos países em desenvolvimento fora do mercado de trabalho, distanciamento dos bens e serviços da sociedade, refletindo em condições desfavoráveis de vida e de saúde (SOUZA, SILVA, CARICARI, 2007).

As rupturas familiares, as crises econômicas e políticas que rompem fronteiras, as exigências do mercado de trabalho e o aumento da pobreza, não podem ser consideradas como fatores determinantes para o aumento da população em situação de rua, mas segundo Varanda (2003), estão “intimamente relacionados com as rupturas sucessivas no universo afetivo, que culmina com a situação de rua”.

No Brasil, a família é a principal responsável no papel de proteção social, assim, a ruptura com laços familiares se torna relevante no processo de ida para as

³ VARANDA, 2003; ROSA, 2005.

ruas. Segundo Escorel (1999), as “vulnerabilidades ocupacionais e de rendimentos”, também estão associadas a “outras fragilidades de ordem habitacional, afetiva, de aumento da exposição à discriminação e a violência”.

Quem é a população em situação de rua no Brasil? Para buscar responder a essa e várias outras perguntas, que ocorreu no período entre agosto de 2007 e março de 2008, no Brasil o I Censo e a primeira Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua. (BRASIL, 2009).

Este estudo, assim como tantos outros, buscou responder aos questionamentos levantados por movimentos sociais, Organizações Não Governamentais - ONG's, associações e órgãos governamentais, apontadas durante a realização do I Encontro Nacional Sobre População em Situação de Rua, em 2005. Assim, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS aliou-se a essa pesquisa, a fim de discutir estratégias, levantar desafios e recomendações, objetivando formular políticas públicas dirigidas para este segmento populacional especificamente. (BRASIL, 2009, p. 85).

Esse levantamento censitário envolveu 71 cidades brasileiras, sendo 48 municípios acima de 300 mil habitantes e 23 capitais, excetuando São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre, que haviam realizado estudo semelhante anteriormente⁴. Essa pesquisa levantou na época um número de 31.922⁵ pessoas em situação de rua acima de 18 anos vivendo nas calçadas, ruas, viadutos, praças, rodovias, parques, barcos, praias, postos de gasolina, túneis, depósitos e prédios abandonados, becos, lixões, ferros velhos ou pernoitando em instituições como albergues, casa de passagem e de apoio, abrigos e igrejas de todo o país. (BRASIL, 2009, p. 85).

Este 1º Censo (*apud*, 2009), mostrou as dez capitais brasileiras que tem o maior número de pessoas em situação de rua, que são: São Paulo apresentou 14.478⁶; Rio de Janeiro com 4.585; Salvador com 3.289; Curitiba com 2.776;

⁴ Estudos realizados em 2003 na cidade de São Paulo, 2005 em Belo Horizonte e Recife e 2007 em Porto Alegre.

⁵ Censo da População em Situação de Rua na Municipalidade de São Paulo – 2011. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/censo_1338734359.pdf.

⁶ Sendo 6.765, nas ruas e 7.713, nos serviços de acolhimento da capital.

Brasília com 1.734; Fortaleza com 1.701; Recife com 1.390⁷ (incluindo pessoas de 0 a 18 anos); Porto alegre com 1.203⁸; Belo Horizonte com 1.164⁹.

Os três municípios com maior número depois das dez capitais se encontram no Estado de São Paulo, que são: São José dos Campos com 1.633; seguida de Campinas com 1.027. O município de Santos ocupa nesse ‘ranking’ o terceiro lugar com 713 pessoas em situação de rua. (BRASIL, 2009).

Segundo Rosa (2005) desde a década de 1950 que são observados a presença de grupos de pessoa nas ruas. No fim desta década, a maioria dos imigrantes tinham origem rural “era a pessoa que não gostava mais do campo, porque estava seduzida pelas luzes da cidade, pelo cinema, pela televisão...” (p.49).

Várias experiências não somente no Brasil, mas também no exterior são relatadas por Rosa (1995) em seu livro População de Rua: Brasil e Canadá, que descreve o perfil dessas pessoas além das formas de atuação dos representantes do poder público com essa população, como veremos no decorrer deste estudo.

Rosa (1995) afirma que desde a década de 1960, que se observou uma migração rural para os grandes centros urbanos como na região sul, bem como após a construção de Brasília no Centro Oeste, que atraiu milhares de trabalhadores e que por lá permaneceram. Essa migração dentro dos próprios estados como interestaduais são confirmadas pelos estudos mais recentes entre esse segmento populacional, como veremos em algumas cidades brasileiras.

Esta autora afirma ainda que na década de 1970, cerca de 70% da população rural mudou-se para as cidades, para ela esse fenômeno, mostra que essa migração se explicava por questões estruturais de ordem econômica que o país passava influenciando no processo de expulsão do homem do campo para condições precárias de trabalho sem qualificação nos grandes centros (ROSA, 1995).

É notório que esse fenômeno de migração das pessoas para as ruas foi um processo lento e disseminado que em nível de Brasil, podemos observar que

⁷ FONTE: Instituto de Assistência Social e cidadania – IASC. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/pr/secocial/populacaorua.php>>. Acesso em: 02/05/2014.

⁸ FONTE: Fundação de Assistência Social e Cidadania – FASC. Disponível em: <[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/relatorio_final_fasc19mar\[1\].pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/relatorio_final_fasc19mar[1].pdf)>. Acesso em 02/05/2014.

⁹ FONTE: Censo realizado em 2005. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/BH_MG.pdf>. Acesso em: 02/05/2014.

quase nada foi feito para evitar que um maior número de pessoas fosse parar nas ruas, abaixo da linha da miséria, com alguns vivendo aprisionados pelas drogas e pelo álcool (únicas companhias na maioria das vezes), baixa escolaridade, dependentes da boa vontade alheia, de ações sociais de igrejas e de órgãos públicos limitados que deveriam atuar mais, porém não o fazem.

1.3 População em situação de rua em Brasília e na Região Centro Oeste.

Ao analisarmos como se deu o desenvolvimento e crescimento da população em situação de rua nas cidades brasileiras, podemos observar, por exemplo, que no caso de Brasília que foi fundada em 1960, um exemplo prático do aumento populacional desordenado. Planejada para receber meio milhão de habitantes no ano 2000, ainda em 1992 já tinha uma população de 1.596.274 habitantes, e de acordo com o último censo de 2010, possuía um total de 2.570.160, e com uma estimativa de 2.789.761, para 2013¹⁰.

Em 1991, a população em situação de rua se concentrava no centro de Brasília e era constituída na sua maioria de imigrantes nordestinos, haja vista que muitos permaneceram na cidade após a sua construção, pois se tornou um símbolo de crescimento e desenvolvimento nacional. Esse acentuado e desorganizado processo de crescimento urbano associado a diversos agravos econômicos do país e mais a lentidão do poder público em ‘perceber’ essas pessoas nas ruas, contribuíram para aumentar consideravelmente o número de pessoas vivendo nessas condições¹¹ (ROSA, 1995).

Faz-se necessário salientar que desde a fundação de Brasília em 1960 passaram-se 31 anos para que em 1991, fosse realizado o I Encontro de População de Rua do Distrito Federal na cidade de Brasília em 1991 (ROSA, 1995), cujo objetivo era traçar o perfil psicossocial desse segmento populacional e sensibilizar a sociedade já que esse é um problema social de responsabilidade coletiva de governos e de toda a sociedade civil.

¹⁰ IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=df>.

¹¹ De 141 no Plano Piloto e 46 nas cidades satélites do Guará e Núcleo bandeirantes, para 1.734 em 2008.

Como preparação para esse encontro, rondas foram realizadas para buscar informações sobre as condições de vida e opiniões sobre o encontro. Segundo a apresentação de experiências de várias cidades brasileiras citadas por Rosa (1995), foram identificados no Plano Piloto e no entorno das 46 cidades satélites de Brasília 187 pessoas no contexto de rua, número este que consideramos baixo analisando o total da população da cidade para a época que era de 1.515.889¹². Atualmente, segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE a cidade possuía 1.734 pessoas em situação de rua, para uma população de 2.455.903, no ano de 2007 (IBGE, 2010).

O Estado de Goiás é o mais populoso da região Centro Oeste, e tem apresentado um expressivo crescimento conforme o Censo do IBGE de 2010. Embora a taxa de fecundidade e de nascimento do estado tenha acompanhado o declínio nacional, esse aumento é atribuído a um crescente saldo migratório, configurando como o estado com o maior número de migração da região¹³.

A cidade de Goiânia possui 503 pessoas em situação de rua seguida de Campo Grande com 313 e Cuiabá com 229 pessoas segundo o I Censo Nacional (BRASIL, 2009, p.106). Durante essa pesquisa não foi localizado nenhum material de estudo ou informações oficiais sobre esse segmento populacional para essas capitais.

1.4 População em situação de rua na Região Sudeste.

Sarah Escorel (1999) foi uma das primeiras pesquisadoras brasileiras a estudar os moradores de rua, sobre a configuração do fenômeno da exclusão social no Brasil, através de um estudo etnográfico em sua tese de doutorado defendida na Universidade de Brasília em 1998.

Em seu livro intitulado *Vidas ao Léu: trajetória da exclusão social* (ESCOREL, 1999), define a escolha dos moradores de rua pelo fato de que esse

¹² FONTE: IBGE – Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/perfil/brasilia_df>. Acesso em: 02/05/2014.

¹³ O Estado de Goiás e a Região Metropolitana de Goiânia no Censo de 2010. Disponível em: <http://web.observatoriodasmetropoles.net/download/GOeRMG_Censo.pdf>. Acesso em: 02/05/2104.

grupo “...permitiria dialogar com a realidade sócio urbana do Rio de Janeiro sobre a configuração do fenômeno da exclusão social no Brasil contemporâneo”. (p. 82). A autora buscou realizar uma ‘etnografia da exclusão social’, analisando as trajetórias de vida de grupo, bem como os processos que os conduziu e os mantém nas ruas.

A cidade do Rio de Janeiro, famosa no país inteiro e conhecida como ‘cidade maravilhosa’ é outro exemplo de metrópoles que atraiu um número cada vez maior de pessoas em busca de trabalho, mas que por diversos fatores não se encaixaram no ‘perfil laboral e econômico’ da época em que esse fenômeno começou a surgir e nem do atual mundo globalizado, passando assim a constituir esse crescente grupo que vive a margem da sociedade brasileira (ROSA, 1995).

O último Censo da população em situação de rua realizado na cidade do Rio de Janeiro em 2013 mostrou um total de 5.719 pessoas. O município dispõe de 1616 vagas distribuídas em 31 abrigos pela cidade para atendimento a essas pessoas. Além desse estudo realizado no ano de 2013, outra pesquisa com duração de cinco meses em 16 áreas eletivas foi realizada todas as quintas feiras à noite e identificaram 1.682 em 2006 em 13 áreas; 1.932 em 2007 e 1.906 no ano de 2008, em 16 áreas, e estão distribuídos no Centro da cidade, Zona Sul e Bonsucesso com 33,8%, 15,3 e 15,8 respectivamente. (RIO DE JANEIRO, 2013).

O perfil socioeconômico desse grupo na cidade do Rio de Janeiro segundo Rosa (1995) era semelhante ao atual retrato nacional: jovens em idade produtiva, pedintes, analfabetos ou semianalfabetos, que sobrevivem desempenhando função de papeleiros, marisqueiros, guardadores de carro e ambulantes, e a origem dessa população se diferencia desfazendo o mito do imigrante nordestino, surgindo o homem do interior do estado. A alta exposição a riscos como drogas e álcool, capacidade produtiva comprometida, histórico de violações, entre outras características.

O Plano de Ação para esse público limita-se a criação de 1.210 novas vagas para adultos, famílias, idosos distribuídos em 17 unidades e a construção de três novos albergues, além da implantação dos serviços de Casa Viva, Família Acolhedora, busca de parceria com a rede privada até 2016. (RIO DE JANEIRO, 2013).

Somente na capital paulista entre os anos de 1991 e 1996 houve um crescimento de 57,25% no número dessa população, segundo Domingues Jr. (2003).

De acordo com Mendonça (2006), o primeiro censo oficial realizado através da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – FIPE, sobre população em situação de rua na cidade de São Paulo ocorreu em fevereiro de 2000 identificando 8.706 pessoas. Em outubro de 2003, o mesmo instituto realizou um segundo levantamento e identificou 10.394 pessoas, e São Paulo apresentou um total de 14.478⁵ pessoas em situação de rua, segundo o último censo de 2011.

Segundo informações disponíveis no site da prefeitura, a cidade de São Paulo através da Coordenadoria de Proteção Social Especial “possui uma rede de atendimento socioassistencial voltado à população adulta em situação de rua, atuando no âmbito da criação de políticas públicas em consonância ao SUAS – Sistema Único de Assistência Social”. Os serviços ofertados correspondem à orientação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS, ou seja: “Abordagens sistemáticas nas ruas e pontos de concentração [...] ; encaminhamentos para núcleos de serviços e convivência, centros de acolhida e centros de acolhida especiais [...] como idosos, mulheres e catadores”. (BRASIL, 2011, p. 77 – 83).

Segundo Reis (2011), o município ainda dispõe do programa de aluguel social, conforme observamos na fala:

O “programa de aluguel social” é regulamentado pela Lei n. 10.365 de 2 de setembro de 1999, que autoriza o Estado de São Paulo a implantar o Programa de Locação Social, destinado a promover moradias para a população de baixa renda. (p.29).

A prefeitura da cidade de Campinas realizou um levantamento em dezembro de 2012 e registrou um aumento do número de moradores de rua em torno de 48,7%. Segundo a Secretaria Municipal de Assistência Social o número subiu de 659 para 980 moradores de rua. A cidade conta com uma rede socioassistencial composta por quatro unidades executoras com metas mensais de 250 atendimentos ao mês. No ano de 2011, houve um pico de atendimento nos

meses de maio a setembro decorrente da operação inverno, conforme demonstra o relatório de gestão do ano de 2011¹⁴.

Os números que a cidade de São Paulo apresenta, e não é a única, demonstra que as ações assistencialistas realizadas nos municípios em todo o Brasil desprovidas de políticas sociais, só proporciona a manutenção de milhares de pessoas espalhadas por todo o país. Iniciativas como a do Governo Federal em formular e instituir uma Política Nacional voltada para a população em situação de rua, sem uma continuidade nas demais esferas de governo, perpetua a condição de mendicância, alimenta as dependências químicas, cronifica disseminando cada vez mais as desigualdades sociais.

Belo Horizonte, com uma população de 2.375.444 habitantes é a sexta maior cidade do país¹⁵ e possui aproximadamente um número de 1.164¹⁶ pessoas em situação de rua. Das dez capitais citadas pelo censo nacional, a capital mineira se destaca por apresentar alguns passos importantes na reconstrução da dignidade ofertando direitos constitucionais de cidadania para essas pessoas.

A capital mineira aderiu à Política Nacional da População em Situação de Rua – Decreto Federal Nº 7.053 de 2009, além de disponibilizar de alguns importantes mecanismos legais que viabilizam uma atuação mais organizada dentro das recomendações dessa política nacional, como veremos a seguir:

- A Lei Municipal nº 7.597/98 e o Decreto Municipal nº 11.375/2003, criando e disponibilizando sobre o funcionamento do Programa Bolsa Moradia na cidade de Belo Horizonte¹⁷;
- A Lei Municipal nº 8.029/2000, criou o Fórum Municipal de População em Situação de Rua que disponibiliza sobre a Política Municipal para População de Rua de Belo Horizonte¹⁸;
- A Prefeitura realizou em junho de 2010 o primeiro Workshop sobre “População em Situação de Rua” organizado em dois momentos: o primeiro, voltado para os técnicos e gestores da Prefeitura, e o segundo,

¹⁴ FONTE: Relatório de Gestão – Município de Campinas Exercício 2011.

¹⁵ FONTE: Censo IBGE, 2010.

¹⁶ FONTE: Censo realizado em 2005. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldb/documents/BH_MG.pdf>. Acesso em: 02/05/2014.

¹⁷ Fonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldb/documents/BH_MG.pdf. Acesso em: 02/05/2014.

direcionado para as demais prefeituras e agentes externos de outros municípios que enfrentam os mesmos desafios incluindo os representantes de organizações e de associações dessa população, bem como de toda a sociedade civil¹⁵;

- Estabeleceu o Parecer Classificado nº 9.594/2010 da Procuradoria Geral do Município que institui os “Fundamentos e limites da atuação do Poder Público na Regulamentação dos bens de uso comum do povo, em especial referência ao fenômeno população em situação de rua”¹⁵;
- Programa Recomeço - Decreto Municipal nº 14.944/12¹⁸, que propõe medidas intersetoriais e interdisciplinares de enfrentamento e proteção social ao usuário e dependente de álcool e de outras drogas¹⁵;
- Pactuação em torno da criação do Comitê de Acompanhamento e Monitoramento da Política Municipal para a População em Situação de Rua – Decreto Municipal Nº 14. 146/2010¹⁵.

A cidade ainda dispõe de um Comitê que acompanha e monitora o desenvolvimento da Política Municipal, além de propor medidas que assegurem a articulação das políticas públicas. A composição do Comitê é paritária com representantes do poder público municipal e da sociedade civil organizada. A coordenação é compartilhada entre a Secretaria Municipal de Governo, a Secretaria Municipal de Políticas Sociais e a Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social. As reuniões são mensais com pauta pré-definida¹⁵.

1.5 População em situação de rua na Região Sul.

O Estado do Paraná configurou durante muitas décadas como um dos maiores produtores de café do país. Esse cultivo empregava famílias inteiras que após consecutivas perdas na produção de café, passaram a migrar das fazendas para as cidades. Desde de 1960 que o estado sofria com frequentes frentes frias, mas o golpe de misericórdia na produção cafeeira da região aconteceu na data do

¹⁸ Fonte: <http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1083163>.

dia 18 de julho de 1975, que após a “Geadas Negras”, considerada um dos piores eventos climáticos ocorridos no século XX, onde:

Os cafezais que cobriam e coloriam a região de Ivatuba, se transformaram em uma imensa mancha negra. No estado do Paraná foram dizimados 850 milhões de pé de café, o estado que era responsável por parte significativa da produção cafeeira não produziu um grão sequer no ano seguinte. (RODRIGUES, PELEGRINI, 2012, p.4).

Esse infortúnio climático marcou a mudança de culturas agrícolas na região, favorecendo assim a migração paranaense, conforme se observa na fala: “A partir daquele momento, gradativamente os pés de cafés deram espaço para a plantação de soja e milho, além de provocarem o êxodo populacional para os grandes centros urbanos do Paraná. (RODRIGUES, PELEGRINI, 2012, p.1).

Na década de 1950 a cidade de Londrina apresentou um decréscimo da população rural e um aumento da população urbana. (ROSA, 1995, p. 73.). Em 1995, o trabalho social do município resumia-se a plantões nas rodoviárias, a oferta de passagens para aqueles que chegavam à cidade em busca de familiares e/ou empregos, mas que não obtinham sucesso (*idem*, 1995, p.74).

No I Censo nacional (BRASIL, 2009, p.104), a cidade identificou 296 pessoas vivendo em situação de rua, para uma população de 485.422, segundo o IBGE (2010). Entre os desafios que Londrina e muitos outros municípios enfrentam para atuar frente à população em situação de rua estão¹⁹:

- Criação do Comitê Intersetorial Municipal para elaboração da Política Municipal de Atendimento a Pessoa em Situação de Rua¹⁷;
- Elaboração da Política Municipal de Atendimento a Pessoa em Situação de Rua¹⁷;
- Articulação efetiva entre os municípios da região metropolitana, demais municípios do Estado do Paraná e demais Estados com relação ao atendimento da pessoa em situação de rua¹⁷;
- Articulação de ações integradas entre saúde, educação, habitação, cultura, esporte, Defesa Social, Polícia Militar, Secretaria de Desenvolvimento Social - SEDS, Ministério Público¹⁷.

¹⁹ Fonte: Disponível em: < www.familia.pr.gov.br/arquivos/File/Capacitacao/Centropop/03.ppt >. Acesso em 14/05/2014.

Em Curitiba, no ano de 2013, a Central de Resgate Social da Fundação de Ação Social - FAS realizou 3.358 atendimentos individuais para pessoas em situação de rua. Neste mesmo ano o Município dobrou o número de vagas de acolhimento a este público, chegando a 872, entre vagas próprias e de instituições conveniadas, além de inaugurar novos equipamentos, especializados em atendimento a essas pessoas, segundo o site da prefeitura da capital paranaense¹⁸.

Segundo informações retiradas do site da prefeitura da capital paranaense²⁰ são oferecidos a esse segmento populacional:

Atividades socioeducativas desenvolvidas visam à inclusão familiar e/ou comunitária, capacitação do cidadão na organização de seu cotidiano, encaminhamento para cursos profissionalizantes, tratamento em Centro de Atendimento Psicossocial-Caps e grupos de autoajuda, inserção na rede formal de ensino e disponibilização de atividades esportivas, culturais, de lazer e ocupacionais, bem como, atividades religiosas e de valorização da autoestima, desenvolvidas com o apoio de voluntários.

Os fatores que ocasionam o crescimento expressivo do número de pessoas em situação de rua em Curitiba nos últimos anos incluem: a migração desta população que tem influenciado neste número. Segundo a prefeitura da capital paranaense¹⁸, cerca de metade da população que vive nas suas ruas são procedentes de outros municípios, estados e até de outros países e entre as principais motivações que levam uma pessoa a fazer da rua seu local de moradia são os mesmos: consumo de álcool ou drogas, desemprego e conflitos familiares.

Ainda na região sul, na cidade de Porto Alegre desde 1994 que são executados trabalhos voltados para a população adulta em situação de rua. Em 1995, foi realizada a I Conferência Municipal de Assistência Social. Ainda neste mesmo ano, a Fundação de Assistência Social e Cidadania – FASC, ligada à prefeitura da capital gaúcha e a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, se concentraram no conhecimento do modo de vida dessa população e identificando 222 pessoas vivendo nessa condição naquele momento (PORTO ALEGRE, 2012, p. 6).

²⁰ Disponível em: < <http://www.curitiba.pr.gov.br/servicos/cidadao/jovens-e-adultos-de-rua-acolhimento-institucional/204> >. Acesso em: 14/05/2014.

Entre 2007 e 2008, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul realizou um estudo mais completo, identificando 1.203 pessoas nessa situação, dos quais 356 foram entrevistados dentro da rede de serviços e 847 nas ruas e espaços públicos da cidade. Esse estudo proporcionou a cidade de Porto Alegre subsídios importantes na elaboração de políticas de assistência social, através da implantação de serviços como espaço de acolhimento, enquanto que as demais políticas atuam na retaguarda das lacunas existentes (PORTO ALEGRE, 2012, p.7).

Desde 2005 Porto Alegre aderiu ao Sistema Único da Assistência Social quando teve início a sua pactuação. Atualmente a cidade conta com 22 Centros de Referência de Assistência Social – CRAS, cujo principal serviço ofertado consiste na Proteção e Atendimento Integral às Famílias – PAIF, que desenvolve ações de acompanhamento grupal e familiar. Possui ainda a oferta do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para diferentes faixas etárias.

Diante do exposto sobre algumas cidades brasileiras que apresentam um número cada vez mais crescente de pessoas em situação de rua, apenas Belo Horizonte e Porto Alegre surgem como pioneiras em instituir propostas no nível de políticas públicas, buscando atender de forma digna e resgatando a cidadania dessas pessoas, tendo em vista todo um contexto social complexo, injusto e iníquo que envolve as pessoas em situação de rua.

A criação de um serviço que busque o contato com familiares de pessoas em vulnerabilidade, seguido de um acompanhamento contínuo na busca de reestabelecer os vínculos rompidos pode contribuir para o retorno das pessoas em situação de rua ao convívio familiar e, consequentemente, a saída das mesmas das ruas.

Para isso, é necessário compreender que tal reaproximação precisa ser muito bem trabalhada no resgate dos vínculos que foram rompidos entre aqueles que se encontram nas ruas e os seus familiares, não se trata de um simples telefonema comunicando sobre o paradeiro de quem estava ‘desaparecido’. A reaproximação entre essas pessoas para restauração dos vínculos precisa ser trabalhada mutuamente com todas as partes envolvidas continua e paralelamente.

De norte a sul do Brasil é possível observar e concordar com Silva (2006, apud, BRASIL, 2008), que os diversos fatores estruturais tais como: ausência de

moradia, inexistência de trabalho e renda, mudanças econômicas e institucionais de forte impacto social, etc; fatores biográficos como o etilismo, a drogadição, o rompimento dos vínculos familiares, doenças mentais, perda de todos os bens, etc.; além de desastres de massa e/ou naturais como as enchentes, incêndios, terremoto, etc. acabam por motivar e perpetuar a existência das pessoas em situação de rua, e, por se tratar de um fenômeno multifacetado, não pode ser explicado numa perspectiva única e monocausal.

Assim como são múltiplas as causas de se ir para a rua, assim também são múltiplas as realidades dessa população. As suas características podem até ser homogeneamente distribuídas em todo o país, mas a carência de informações científicas, a quase inexistência de dados e com elas as políticas públicas estaduais e municipais, que também são percebidas a nível nacional, acabam por dificultar a saída dessas pessoas das ruas, cronificando cada vez mais esse problema social que é de responsabilidade de toda a sociedade civil.

[...] pode-se dizer que o fenômeno população em situação de rua vincula - se à estrutura da sociedade capitalista e possui uma multiplicidade de fatores de natureza imediata que o determinam. Na contemporaneidade, constitui uma expressão radical da questão social, localiza-se nos grandes centros urbanos, sendo que as pessoas por ele atingidas são estigmatizadas e enfrentam o preconceito como marca do grau de dignidade e valor moral atribuído pela sociedade. É um fenômeno que tem características gerais, porém possui particularidades vinculadas ao território em que se manifesta. No Brasil, essas particularidades são bem definidas. Há uma tendência à naturalização do fenômeno, que no país se faz acompanhada da quase inexistência de dados e informações científicas sobre o mesmo e da inexistência de políticas públicas para enfrentá-lo. (SILVA, 2006, p.95, apud, BRASIL, 2008, p.3; 4)

1.8. População em situação de rua e os Movimentos Sociais.

O Movimento Nacional da População de Rua - MNPR é um movimento social composto por pessoas que vivem ou viveram em situação de rua, (esta condição é um dos critérios para fazer parte deste Movimento) e que se organiza pela conquista de direitos que a elas são negados. Esse Movimento surgiu após um triste episódio que ficou conhecido nacionalmente como a “Chacina da Sé” em 19 de agosto de 2004, no qual sete moradores de rua foram friamente assassinados. Após

esse ocorrido, os grupos e as pessoas que desenvolviam trabalhos com essa população e algumas lideranças se mobilizaram, no sentido de cobrar ações concretas das autoridades para as pessoas que se encontram nessa situação (REIS, 2011).

Segundo Reis, (2011) o Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis (MNCR), já havia promovido em várias ocasiões, o “Festival do Lixo e Cidadania”, cuja proposta era dar visibilidade ao trabalho desses catadores, assim, essas pessoas aproveitaram o evento e convidaram moradores de rua de outras cidades para participarem do encontro. Tal iniciativa provocou o desejo entre a população em situação de rua de se organizar, surgindo como consequência o Movimento Nacional da População de Rua - MNPR.

Assim, em 2004 foi criado o MNPR, tendo representantes das capitais de Belo Horizonte, São Paulo, Fortaleza, Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador. De acordo com Reis, (2011) adotaram como princípios a *“democracia direta, ação direta, ser apartidário, apoio mútuo interno, solidariedade com as causas sociais, não violência, honestidade e transparência, compromisso pessoal, igualdade, justiça e controle social”* (p.35.) E como principais objetivos, o resgate da cidadania, a reinserção no mercado de trabalho, habitação, entre outras.

O Movimento foi conquistando espaço e, em 2005, realizou em Brasília, o I Encontro Nacional sobre a População em Situação de Rua, levantando discussões acerca de suas necessidades, possibilitando a esse segmento adentrar o espaço governamental, como afirma Iamamoto (2007, p. 142, apud Reis, 2011, p. 36) “[...] ao alcançarem à cena pública, os interesses das maiorias adquirem visibilidade, tornando-se passíveis de serem considerados e negociados no âmbito das decisões políticas.”

O decreto de 25 de outubro de 2006 criou o Grupo de Trabalho Interministerial - GTI, composto por representantes de seis Ministérios: do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Saúde, do Trabalho, da Educação, das Cidades e da Cultura, além de representantes da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, a Sociedade Civil por meio da Pastoral do Povo da Rua e pelo Movimento Nacional da População de Rua. O objetivo primordial

desse Grupo de Trabalho Interministerial - GTI foi à criação de uma Política para a Inclusão da População em Situação de Rua (REIS, 2011).

Na capital paulista, o MNPR possui alguns parceiros que contribuem com ações e trabalhos com a população em situação de rua. Um destes parceiros é a Associação Rede Rua que desde 1990 trabalha junto a esta população.

1.9 Da condição de pobreza para a situação de rua: trajetórias de vida.

Muitas são as histórias individuais que se diferenciam, mas ao mesmo tempo se aproximam e até mesmo se misturam. As histórias por vezes de resistência e de desistências muitas vezes ouvidas durante essa pesquisa confirmam as histórias que todos os estudos anteriores relatam. Os níveis significativos de perdas drásticas, rupturas ligadas à morte de parentes, abandonos familiares, problemas com uso abusivo de álcool e drogas ilícitas, provocam desespero, perpetuando a solidão individual e muitas vezes coletiva, pois o fato de estarem juntos, não significa relações de proximidade, de intimidade fraterna.

As experiências concretas e abstratas que cada pessoa vivencia até a chegada às ruas envolve um longo processo de perdas de empregos, de vínculos, familiares e de amigos, de autoestima, de autonomia, de equilíbrio psíquico, de esperança de exercer a cidadania. Vivem como se estivessem sempre diante de um abismo entre o mundo real e o desejo de mudança de vida, de uma vida mais digna (ROSA, 2005).

A análise de todas essas informações do ponto de vista social revela que esse conjunto de perdas apresenta uma interdependência dos processos dinâmicos econômicos e sociais que envolvem todas as sociedades. Rosa (2005) agrupa outros elementos que influenciam na trajetória social das pessoas em situação de rua:

O preconceito com que a sociedade julga a população de rua e a forma como as próprias pessoas envolvidas internalizam valores, desenvolvem relações e modos de vida próprios, estabelecendo novas formas de sociabilidade às quais vão se agregando novos significados (p. 107).

Um dos objetivos dessa pesquisa foi levantar a forma como essas pessoas em situação de rua conseguem para manter suas necessidades pessoais mínimas através do trabalho. Todos afirmaram ter uma profissão. Alguns dos entrevistados, atualmente por motivos de doença, não conseguem desempenhar suas profissões, e, consequentemente, ficam impedidos de produzirem seus meios de subsistência, expressando seus modos de vida específicos. Segundo Silva (2009, p.39) é “*esse modo de vida evidenciado pelos indivíduos que reflete o que eles são*”.

A questão do trabalho é ressaltada por Engels (apud, SILVA, 2009, p. 41) que o coloca como “*a condição básica e fundamental de toda a vida humana*”. Marx e Engels (apud, SILVA, 2009) afirmam que o primeiro **fato**²¹ histórico da humanidade é a produção dos meios que o homem tem de satisfazer as suas necessidades básicas. A produção de novas necessidades são supridas a partir do momento em que a primeira foi atendida, o que esses autores chamam de **ato**²¹ histórico. Como observamos na passagem:

Somos obrigados a começar pela constatação de um primeiro pressuposto de toda a existência humana, e portanto de toda a história, ou seja, o de que todos os homens devem ter condições de “viver para fazer história”. Mas para viver, é preciso antes de tudo beber, comer, morar, vestir-se e algumas outras coisas mais. O primeiro fato histórico é, portanto, a produção dos meios que permitem satisfazer suas necessidades, a produção da própria vida material; e isso mesmo constitui um fato histórico, uma condição fundamental de toda a história, que se deve, ainda hoje como há milhares de anos, preencher dia a dia, hora a hora, simplesmente para manter os homens com vida [...]; uma vez satisfeita a primeira necessidade, a ação de satisfazê-la e o instrumento já adquirido com essa satisfação levam a novas necessidades – e essa produção de novas necessidades é o primeiro ato histórico (Marx e Engels, 2002: 21;22 apud Silva, 2009, p. 42).

Esse estudo observou que o processo de saúde - doença interfere diretamente no mecanismo de exclusão social no que se refere ao trabalho. Sem condições de ofertar sua força de trabalho, muitos foram ‘descartados’, pois não atendem mais as necessidades do mercado capitalista para a produção dos bens de consumo.

Antes de abordar sobre a questão da pobreza em si como um dos fatores determinante da ida e permanência de milhares de pessoas para a situação de rua, é necessário compreender como se processa a exclusão social, bem como discutir

²¹ Grifo nosso.

os mecanismos que regem sobre as crises contemporâneas dos países capitalistas avançados bem como a história de proteção social universal e a expansão de benefícios coletivos que não contempla a todos.

Segundo Dantas, (2007) as precárias condições de vida de uma quantidade expressiva das populações nos grandes centros urbanos de origem capitalistas têm provocado o debate sobre a dinâmica da exclusão.

A exclusão é um processo dinâmico no qual os indivíduos transitam entre a integração e a vulnerabilidade, deslizando da vulnerabilidade para a inexistência social, fenômeno este cada vez mais crescente entre as metrópoles mundiais capitalistas (CASTELL, 1998).

A experiência individual e, a forma como cada pessoa reage aos efeitos sociais na sua trajetória de vida até as ruas e consequente instalação dessa situação é muito particular e subjetiva. Entretanto, é possível observar que nas três últimas décadas transformações socioeconômicas deste período estabelecem algumas relações com o surgimento do fenômeno população de rua. (Varanda 2003).

Crises políticas e econômicas globalizadas, associadas ao aumento do desemprego, condições de trabalho precárias, degradação da qualidade de vida, bem como a valorização da especulação do capital, a tecnologia do processo produtivo, além do desenvolvimento dos centros urbanos e isenção da responsabilidade social do poder público e da sociedade civil, acabam por disseminar mecanismos de opressão e consequentemente, a exclusão social.

A falta de trabalho e as restrições explícitas dos poderes locais que não permitem a permanência prolongada de moradores de rua por muitos dias, várias cidades acabam por distribuir passagens ou ofertam condução, sob a justificativa de ajudá-los a chegar aos seus locais de origem ou ao destino desejado dessas pessoas. Esse comportamento não resolve o ‘problema’ nem para quem distribui as passagens, pois eles sempre retornam, e nem para o ponto de origem, pois seja para onde essas pessoas forem, estarão sempre à margem da sociedade, serão sempre nômades excluídos sociais.

Segundo Varanda (2003), a distribuição de passagens, transportes ou a implantação de albergues contribui diretamente no nomadismo desta população.

Para este autor, a implantação de albergues e a assistência que se instalou nos últimos anos acabaram por definir alguns circuitos mais adotados pela população de rua que circula nos grandes centros.

Esse comportamento se consolidou porque algumas cidades menores adotaram o procedimento de reencaminhar as pessoas que ali chegavam de volta para suas origens ou destinos, tão logo desembarcavam nas rodoviárias. Entretanto, por encontrarem mais recursos para sobrevivência, seja por caridade, mendicância ou subempregos, muitas dessas pessoas acabam retornando para as cidades grandes.

1.10. Saúde da população de rua – segundo o Ministério da Saúde e legislação vigente da Assistência Social.

O que é Saúde? Almeida Filho (2011) propõe uma discussão sistemática e de problematização sobre o tema. Antes de apresentar o termo saúde do ponto de vista biomédico, é importante colocar que a saúde segundo esse autor apresenta é:

Um problema simultaneamente filosófico, científico, tecnológico, político e prático, pois diz respeito a uma realidade, rica, múltipla e complexa, referenciada por meio de conceitos, apreensível empiricamente, analisável metodologicamente e perceptível por seus efeitos sobre as condições de vida dos sujeitos. (ALMEIDA FILHO, 2011, p.15)

Esse mesmo autor apresenta várias dimensões do conceito saúde, reconhecidas por diversos autores, representantes de várias escolas, e que achamos oportuno descrever em nossa pesquisa. Assim Almeida Filho (2011, p.27) relata:

1. Saúde como fenômeno: fato, atributo, função orgânica, estado vital individual ou situação social, definido negativamente como ausência de doenças e incapacidade, ou positivamente como funcionalidades, capacidades, necessidades e demandas.
2. Saúde como metáfora: construção cultural, produção simbólica ou representação ideológica, estruturante da visão de mundo de sociedades concretas.
3. Saúde como medida: avaliação do estado de saúde, indicadores demográficos e epidemiológicos, análogos de risco, competindo com estimadores econôméticos de salubridade ou carga de doença.

4. Saúde como valor: nesse caso, tanto na forma de procedimentos, serviços e atos regulados e legitimados, indevidamente apropriados como mercadoria, quanto na de direito social, serviço público ou bem comum, parte da cidadania global contemporânea.

5. Saúde como práxis: conjunto de atos sociais de cuidado e atenção a necessidades e carências de saúde e qualidade de vida, conformada em campos e subcampos de saberes e práticas institucionalmente regulados, operado em setores de governo e de mercados, em redes sociais e institucionais.

A 8^a Conferência Nacional de Saúde – CNS realizada em 1986, um dos marcos do movimento da reforma sanitária brasileira, estabeleceu um conceito amplo de saúde, que abrange muito mais do que a atenção médica, superando em detalhes o antigo conceito da Organização Mundial da Saúde – OMS. Assim saúde de acordo com a CNS é:

[...] a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acessos a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986 *apud* 2009).

Nos estudos realizados entre a população em situação de rua na capital gaúcha, por exemplo, os principais problemas de saúde levantados entre esse grupo foram “[...] a “dependência química/álcool” e as doenças/problemas “nos dentes”, ambos com o mesmo percentual de 49,6% (PORTO ALEGRE, 2012).

Segundo o Manual Técnico do Ministério da Saúde sobre o cuidado à saúde dessa população, as doenças mais prevalentes são: Problemas nos pés, Pediculose e Escabiose, Tuberculose, DST's, HIV e AIDS, Hepatites virais, doenças crônicas como Hipertensão, Diabetes, e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC, além da questão da Gravidez, que não deixa de ser um problema preocupante, pois geralmente envolve mulheres com dependência química de drogas ilícitas e/ou álcool, algumas infectadas com doenças infectocontagiosas, desnutridas, e outros agravos (BRASIL, 2012).

Esse grupo populacional é considerado pelo Ministério da Saúde de alto risco para a Tuberculose. Não há um número que permita traçar um perfil de adoecimento e/ou de suas representações sobre os processos de adoecimento sobre a Tuberculose nesse grupo. Entretanto, os estudos que já existem permitem

dizer que o risco de uma pessoa nesse contexto social desenvolver Tuberculose é de 67 vezes maior do que aqueles indivíduos que não pertencem a esse grupo. Isso coloca essa doença como um problema grave de saúde pública nesse segmento populacional também (BRASIL, 2012; ADORNO, 2004).

O Ministério da Saúde orienta sobre a presença do tema sobre a atividade sexual e o risco de exposição nas abordagens realizadas pelas equipes, pois a atividade sexual não é um problema para esse grupo, (BRASIL, 2012, p.63), pois “*A sexualidade é uma temática muito viva nesse grupo social, desse modo, não costumam ter constrangimentos ou dificuldades para mencionar questões relativas a esse assunto*”.

A questão das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST's, como as descritas no quadro abaixo são as mais encontradas (*apud*, 2012).

Quadro 1 – DST's mais encontradas na PSR, segundo o Ministério da Saúde.

PROBLEMAS COMUMENTE ENCONTRADOS EM MORADORES EM SITUAÇÃO DE RUA	
Blenorrágia	Sífilis
HIV	Condiloma
Cancro mole	Chato
Clamídia	Herpes

Fonte: Ministério da Saúde - Brasil, 2012.

Durante as abordagens e nas anamneses realizadas devem-se buscar informações sobre o uso ou não de preservativos, a oferta dos mesmos, assim como a realização do Teste Sorológico para o HIV e a AIDS. Para quem já tem a confirmação positiva para o HIV, a recomendação é para que as Unidades Básicas de Saúde – UBS's tenham os registros clínicos e acompanhem essa pessoa, independentemente do mesmo fazer tratamento nos centros de referência. As Hepatites virais dos tipos B e C estão entre as mais comuns e a vacinação contra o tipo B, assim como exames periódicos de sorologia para estas doenças, são as estratégias recomendadas pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2012).

Entre esse grupo a presença do comportamento de risco é uma atitude constante, mesmo naqueles indivíduos que sabidamente são portadores do HIV e de

outras doenças sexuais, como se observa na fala apontada pelo Manual Técnico do Ministério da Saúde, (BRASIL, 2012, p.63):

José chega à unidade para acolhimento pela primeira vez. Queixa-se de corrimento uretral. O exame identifica corrimento sugestivo de blenorragia. O paciente relata ser de São Paulo e ter vindo morar em Belo Horizonte há poucos meses em busca de emprego em grande obra na cidade. Foi oferecido tratamento para blenorragia e ofertado exame de HIV e sífilis. Nesse momento, ele declara ser portador de HIV e que se tratava em centro de referência de São Paulo. Diz que teve receio de falar da questão anteriormente por achar que não teria atendimento. Perguntado sobre sua vida sexual, relata ter parceiros de ambos os性os e, no momento, estar sem ninguém. Não se considera homossexual, pois sempre é ativo nas relações. Perguntado sobre o uso de preservativo, diz que não se adaptou bem e não usa. Orientado sobre o risco da transmissão do HIV, diz que “quem está na chuva é para se molhar...” (BRASIL, 2012, p.63).

A saúde bucal e o combate ao uso de drogas aparecem como uma das prioridades no atendimento à essa população, uma vez que o consumo de drogas está inserido na vida da maioria dessas pessoas e tal condição influencia diretamente na exposição delas a outros agravos, desafiando as equipes de abordagens a desenvolverem técnicas que possam diminuir danos e promover a saúde (BRASIL, 2012).

Em relação à questão da assistência social, de acordo com a Resolução Nº 109 de 11 de novembro de 2009, que aprovou a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, (Brasil, 2009), os serviços de proteção social estão organizados por níveis de complexidade do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, conforme a disposição abaixo:

I - Serviços de Proteção Social Básica: a) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF; b) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; c) Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas.

II - Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade: a) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos - PAEFI; b) Serviço Especializado em Abordagem Social; c) Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida -

LA, e de Prestação de Serviços à Comunidade - PSC; d) Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos (as) e suas Famílias; e) **Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua** (grifo nosso).

III - Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade: a) Serviço de Acolhimento Institucional, nas seguintes modalidades: - abrigo institucional; - Casa-Lar; - Casa de Passagem; - Residência Inclusiva. b) Serviço de Acolhimento em Repúblca; c) Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; d) Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências.

Instituída em 23 de Dezembro de 2009, através do Decreto 7.053, a Política Nacional para População em Situação de Rua, ao elencar seus objetivos previu a implantação dos Centros de Referência Especializados para Atendimento a População em situação de Rua, no âmbito da proteção social especial, do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, passando a ser apoiado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome- MDS a partir de 2010.

Assim, baseado nas decisões do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, a População em Situação de Rua se encontra sob a Proteção Social Especial – PSE, uma vez que tal proteção destina-se a famílias e/ou indivíduos em permanente ou temporária, situação de risco pessoal ou social, cujos direitos tenham sido violados ou ameaçados.

CAPÍTULO II: Descobrindo o encoberto.

"Moramos onde não mora ninguém.
Onde vivem muitos como nós.
Onde passam muitos que se acham diferentes de nós".

Movimento dos moradores de rua de Minas Gerais.

2.1. O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.

O termo **pesquisa** (grifo nosso) pode ser definido como um “*processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico*” (GIL, 1994, p.43). Assim, a pesquisa tem por objetivo primordial buscar respostas empregando procedimentos científicos.

Para Minayo (2007, p.16) **pesquisa** (grifo nosso) é “*a atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade*”, alimentando e atualizando o ensino frente à realidade globalizada. A autora enfatiza ainda que embora a pesquisa seja uma prática teórica, pensamento e ação estão ligados no processo de investigação.

Quando pensamos em **Pesquisa Social** (grifo nosso), podemos dizer que este termo utiliza a metodologia científica para obter novos conhecimentos no campo da **realidade social** (grifo nosso). Para (GIL, 1994, p. 43), ‘realidade social’ pode ser entendida em amplo sentido, pois envolve todos os aspectos relativos que os seres humanos estão envolvidos em seus múltiplos relacionamentos com seus semelhantes e instituições sociais. Assim, o conceito de ‘pesquisa social’ aplica-se às diversas ciências sociais, uma vez que agrupa diversos níveis de pesquisas de inúmeros agrupamentos, bem como de pesquisadores sociais (1994, p.43).

Sendo o objeto deste estudo, um tema de grande complexidade, como a população em situação de rua, por envolver vários fatores de ordem política, econômica, social, e sendo de notório conhecimento que tal situação afeta diretamente a saúde física e emocional de homens, mulheres e crianças, entende-se que este estudo pode ser definido como uma pesquisa social.

Vários estudos sobre a população em situação de rua já foram realizados no Brasil (DOMINGUES, 2003; ROSA, 2005; VARANDA, 2003). Pesquisas como o Censo dessa população já foi realizado nas principais capitais brasileiras em 2011 (IBGE, 2013). Estudar a população em situação de rua é muito mais que quantificá-los, apontar faixa etária, diferença entre gêneros, como se mantém e onde ficam no decorrer dos dias, não é suficiente para explicar os motivos por uma permanência tão longa de vários sujeitos, como veremos mais adiante neste estudo.

Que a pesquisa quantitativa é importante para dimensionar problemas sociais, do ponto de vista da Estatística que esse e outros grupos em condições de vulnerabilidade social se encontram nos revelando os retratos da realidade é fato inquestionável.

Entretanto, para responder as questões sobre como esses grupos pensam a sua condição social ou sobre quais os significados atribuem às suas experiências é que a abordagem quantitativa se distancia no sentido de instrumentalizar o objeto pesquisado, não obstante todo o esforço e desempenho do pesquisador, uma vez que tais questionamentos são inerentes da experiência individual de cada sujeito. (MARTINELLI, 2007).

A abordagem quantitativa não anula a qualitativa e vice e versa. Cada abordagem possui seu papel, lugar e adequação, ambas “*podem conduzir a resultados importantes sobre a realidade social*”, sem que haja necessidade de atribuir prioridades de um sobre o outro (MINAYO, 2010, p. 57).

A pesquisa qualitativa busca trabalhar com o universo dos significados, dos motivos, aspirações, crenças, dos valores e atitudes, adquiridos no processo histórico social. Esse conjunto de fenômenos humanos é compreendido como parte da realidade social, uma vez que o ser humano se distingue pelo pensar sobre o que faz, bem como pela interpretação de suas ações dentro e a partir da sua vivência com seus semelhantes (MINAYO, 2007).

Assim, optamos por utilizar uma pesquisa qualitativa, pois esta responde a questões muito particulares, ocupando-se com um nível de realidade que não pode ou não deve ser quantificada (MINAYO, 2007).

Para melhor compreender as questões sociais implícitas no contexto da população em situação de rua, a metodologia das pesquisas qualitativas trás

pressupostos imprescindíveis que a fundamentam. O primeiro envolve a singularidade do sujeito. Esse conhecimento “é ímpar porque cada individuo é único e ao conhecê-lo significa ouvi-lo, escutá-lo, é permitir que ele se revele por meio da fala, do discurso e da ação” (MARTINELLI, 1999, p. 24).

O segundo pressuposto, é que as pesquisas qualitativas reconhecem a importância do conhecimento da experiência social considerando as circunstâncias de suas vidas, uma vez que estas configuram um tipo de fenômeno. A forma como esse indivíduo constrói e vive seus sentimentos, valores, crenças, costumes e práticas cotidianas mostram o seu modo de vida (MARTINELLI, 1999).

O reconhecimento de que conhecer o modo de vida e o cotidiano histórico do sujeito, expressa a sua cultura como experiência social, e não como tradição ou legado histórico, daí que os esforços do pesquisador devem ser concentrados, buscando apreender a forma como a eles são atribuídos, e as pesquisas qualitativas se fazem valer da fonte oral, buscando assim, os seus significados (1999, p.25). Podemos afirmar então, que nessa metodologia, a realidade do sujeito é conhecida a partir dos seus significados, por isso que a narrativa oral foi fundamental e imprescindível na elaboração desse estudo.

Uma informação importante que não pode ser desconsiderada é a questão do número de sujeitos. Segundo Martinelli (1999, p.26), um recurso metodológico valioso é a concepção do *sujeito coletivo*. Neste caso, a pessoa que está sendo convidada para participar da pesquisa possui uma referência grupal, expressando de alguma forma as vivências do seu grupo.

Assim, na abordagem qualitativa, não é necessário uma quantidade expressiva de sujeitos, uma vez que não se buscam medidas estatísticas, mas sim, aprofundar o conhecimento com o sujeito em que se estabeleceu um diálogo, obtendo-se assim, uma aproximação com os significados e as vivências, na dinâmica relação entre o mundo real e o sujeito, entre o sujeito e o objeto, entre o mundo objeto e a subjetividade do sujeito (MARTINELLI, 1999).

Dentre as modalidades desse tipo de pesquisa, esse estudo caracteriza-se por ser descritivo e explicativo.

Para Gil (1995), uma pesquisa de natureza descritiva é assim definida porque se busca descrever as características de determinado grupo social ou

fenômeno, a fim de conhecer as opiniões, crenças e atitudes dos atores sociais envolvidos na pesquisa. Segundo esse autor, a pesquisa descritiva também se propõe a pesquisar o “*nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade, as condições de habitação de seus habitantes [...]”* (p.45).

De acordo com Gil (1995), a pesquisa explicativa tem sua centralidade na identificação de fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência dos fenômenos. “*É o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade, porque explica a razão, o porquê das coisas*”. (p.46).

Em qualquer pesquisa científica, a metodologia aplicada no processo de investigação será o resultado de uma reflexão sobre os possíveis caminhos a serem percorridos nos diversos momentos, desde a sua elaboração até a sua realização, sustentado não somente por normas, mas também pela ação do pesquisador sobre a realidade. (QUEIROZ, 1991).

A natureza descritiva deste estudo buscou conhecer tanto os aspectos da história de vida da população em situação de rua bem como suas subjetividades, fundamentadas nos dados coletados dos entrevistados, bem como através das interações sociais analisadas e interpretadas a partir de um referencial teórico encontrado em diversos estudos recentes não somente no Brasil, mas também em outros países.

Em relação ao termo como essas pessoas são conhecidas, algumas instituições o definem como *moradores de rua*, tentando reduzir o peso do preconceito inserido nas rotulações sociais, mas que nem sempre são aceitos por todos que vivem nas e/ou das ruas. Assim, para identificar individualmente cada pessoa ou parte dessa população bem como a sua condição, este estudo adotou o termo pessoas em situação de rua.

A partir do objeto desse estudo: População em situação de rua na cidade do Guarujá – saúde, necessidades, emoções e riscos, formulamos seus objetivos.

2.1.1. OBJETIVOS.

2.1.1.1 Objetivo Geral:

Conhecer a população em situação de rua, suas condições de vida, de saúde – doença e o acesso destes às instituições públicas prestadoras de assistência à saúde.

2.1.1.2 Objetivos Específicos:

- a) Delinear o perfil do morador de rua da cidade de Guarujá, segundo idade, escolaridade, situação de trabalho, estrutura familiar e motivo pelo qual se encontra nas ruas;
- b) Verificar a existência de diagnóstico de doenças crônicas e/ou morbidades e a percepção de saúde – doença do morador de rua da cidade de Guarujá - SP.
- c) Identificar as formas de acesso para controle de doenças crônicas e morbidades nos locais de prestação de serviços de saúde na cidade de Guarujá - SP;
- d) Avaliar a percepção de risco e o impacto do estigma social nas emoções do morador de rua da cidade de Guarujá – SP.

2.1.2. Trajetória da Pesquisa.

Antes de iniciar as entrevistas e levantamento de informações nos equipamentos públicos que serão descritos posteriormente, este trabalho foi previamente encaminhado e analisado pelo Instituto de Pesquisa Científica – IPECI da Universidade Católica de Santos – UNISANTOS, e durante alguns meses foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da mesma instituição, através da

Plataforma Brasil, sendo aprovado somente no fim do mês de dezembro de 2013 sob o nº do Parecer 505.531.

2.1.2.1. Procedimentos da Pesquisa.

A construção dos Instrumentos de Coleta de Dados desta investigação consistiu na busca sistemática de informações consideradas importantes para a compreensão e explicação do fenômeno estudado. Como na abordagem qualitativa, é possível utilizar instrumentos e técnicas diferenciadas, buscou-se elaborar esses instrumentos voltados para cada grupo de sujeitos, fundamentados nas prerrogativas do Ministério da Saúde – MS e do Ministério de Desenvolvimento Social – MDS, além de atender aos objetivos propostos.

Os procedimentos adotados para a realização desta pesquisa foram baseados nas leituras e análises de estudos anteriores que se utilizaram de informações cadastrais de instrumentos públicos que trabalham com esse público, além do contato direto com os usuários desses equipamentos, sem descartar a atuação dos profissionais que atuam diretamente com eles.

A construção da metodologia utilizada para a realização desta pesquisa apoiou-se na experiência de várias pesquisas censitárias realizadas por algumas instituições e encomendadas por algumas capitais como São Paulo (2003), Porto Alegre (2007), Belo Horizonte e Recife (2005) e Brasil (2011), e se deu em duas etapas.

A primeira foi conhecer os procedimentos metodológicos utilizados em experiências e estudos anteriores sobre essa população. A percepção de que seria uma pesquisa com vários desafios como a condição não domiciliar dos usuários foi um fator relevante que influenciou no levantamento dos sujeitos entrevistados, devido a facilidade com que estes transitam livremente e que retornam aos equipamentos públicos quando necessitam de algo importante para eles; as temporadas de verão, que são para muitos uma fonte de renda; bem como a questão do etilismo e uso de drogas, que interferem diretamente na manutenção das

condições de sobriedade e psíquicas de algumas pessoas que se encontram nesse contexto social.

A segunda foi à elaboração dos instrumentos para a coleta de dados entre os sujeitos que fazem uso dos equipamentos, assim como para as entrevistas que seriam realizadas também com profissionais que trabalham com o grupo objeto de estudo, assim, foi necessário construir instrumentos específicos para cada grupo entrevistado.

O roteiro para as entrevistas com os sujeitos em situação de rua buscava identificar além do perfil socioeconômico, as suas trajetórias de vida, sua chegada na rua e como se mantêm nas ruas, as condições de saúde e/ou doença antes e depois que vieram a fazer parte das ruas, bem como o acesso destes aos serviços públicos de saúde.

Foram elaborados quatro Instrumentos para a coleta de dados diferenciados contendo perguntas abertas e fechadas. Estes instrumentos foram utilizados como roteiro nas dez entrevistas realizadas com os sujeitos, conforme especificação abaixo. Essa diferenciação buscou atender os objetivos específicos propostos no projeto. Além dos moradores de rua, foram entrevistados os dois coordenadores dos locais de atendimento desses usuários e a coordenadora de Saúde Mental do município do Guarujá, em substituição ao Secretário de Saúde (previsto no projeto original), mas que não foi possível ser realizada.

Foram entrevistados nesta pesquisa:

- No local 1, que optamos por chama-lo de Casa Abrigo, foram entrevistados 5 sujeitos, sendo quatro homens e uma mulher; Na Casa Esperança, o local 2, foram realizadas 2 entrevistas, um homem e uma mulher, totalizando sete representantes do público alvo da pesquisa que atenderam os critérios de inclusão e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TECLE. As entrevistas foram encerradas no segundo local devido à falta de usuários que preenchessem o critério de inclusão, que era possuir alguma patologia comprovada, para que se pudesse conhecer as condições de saúde, doenças e o acesso aos serviços de saúde; bem como as representações da população em situação de rua sobre saúde e doença;

- As duas coordenadoras dos equipamentos públicos que trabalham com a população em situação de rua: Buscando-se identificar quais as propostas do Governo Federal estão implantadas no município do Guarujá;
- E uma entrevista realizada com a coordenadora de Saúde Mental, representante do Secretário Municipal de Saúde, com relação às propostas que o município do Guarujá tem para atender as necessidades dessa população, dentro da legislação vigente.

Como uma das propostas deste estudo era delinear o perfil dessa população, segundo idade, escolaridade, situação de trabalho, estrutura familiar e motivo pelo qual cada sujeito se encontra nas ruas, naturalidade, procedência (se das ruas do Guarujá ou de outra cidade), etnia, onde se concentram durante o dia e como conseguem se manter nas ruas.

Pensou-se enquanto projeto obter essas informações nas fichas cadastrais dos usuários que frequentam os equipamentos públicos que atendem especificamente essa população, ambos localizados no distrito de Vicente de Carvalho, locais esses afastados das praias, onde até pouco tempo apresentava grande concentração dessa população.

A análise dessas fichas permitiu observar que as mesmas possuem o mínimo de informações sobre os usuários. Em sua grande maioria não foi possível identificar idade, escolaridade, situação de trabalho, estrutura familiar e motivo pelo qual cada sujeito se encontra nas ruas, naturalidade, procedência (se das ruas do Guarujá ou de outra cidade), etnia, onde se concentram durante o dia e como se mantêm nas ruas.

É importante ressaltar que as fichas são preenchidas pelos funcionários dos equipamentos municipais, no caso, os assistentes sociais que atendem essa população. Essa inadequação no preenchimento dos formulários contribui para que o município do Guarujá não possua um perfil quanto ao gênero, idade, escolaridade e outros aspectos sociais e econômicos, desenhado da população em situação de rua que frequenta o município.

Para verificar as condições de saúde e doença e como está sendo feito o acolhimento da população em situação de rua no Guarujá nos serviços de saúde, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: maior de 18 anos, possuir qualquer diagnóstico médico confirmado através de receituários de medicamentos, resultado de exames; estar em tratamento de alguma patologia, fazendo uso contínuo de medicamentos, com conhecimento das equipes de referência ou registro nos prontuários dos usuários;

Usuários sem controle psiquiátrico ou em crise de abstinência de dependência química, ou ainda sem qualquer patologia diagnosticada com ou sem tratamento médico, foram os critérios de exclusão, pois é comum encontrar sujeitos em que suas condições de saúde mental estão afetadas pelo uso excessivo de álcool ou drogas ilícitas e, sem condições de expressão.

Considerando os aspectos éticos que permeiam os trabalhos com seres humanos, foram levados em consideração para a realização da pesquisa, alguns aspectos contemplando as determinações da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde:

- Apresentação da pesquisadora para os entrevistados, com divulgação do nome, profissão, bem como a explicação sobre os objetivos e a importância da pesquisa, da contribuição do estudo e de sua relevância social, bem como a garantia de afastamento voluntário dos participantes;
- Após explanação do estudo e leitura do instrumento de coleta de dados, foi solicitada de todos os sujeitos, a autorização para transcrição das falas e das informações obtidas nas entrevistas;
- A autorização da divulgação de fotos dos usuários (somente para alguns casos, sem divulgação do rosto do entrevistado), foi aceita verbalmente. Os locais 1 e 2, chamados de Casa Abrigo e Casa Esperança respectivamente não tiveram autorização do município para que fossem fotografados;
- Após anuênciade todos os participantes, foram colhidas as assinaturas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –

TECLE (Apêndices I, II, III e IV) em duas vias, sendo uma entregue ao participante, e a outra arquivada com a pesquisadora;

- Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – TECLE, foram elaborados de acordo com cada entrevistado, especificando nome, cargo e/ou função dos coordenadores locais e do representante municipal. Para os representantes do grupo estudado, foi deixado espaço em branco e o nome era colocado após toda a explicação da pesquisa e confirmação do sujeito aceitando participar da pesquisa.
- Todas as entrevistas foram transcritas, imediatamente após a realização das mesmas, a fim de se manter a integridade das informações as mais completas possíveis;
- Antes de iniciar as transcrições, para manter o sigilo dos atores sociais, foram atribuídas a todos os entrevistados, nomes de pedras preciosas, como veremos mais adiante.

Assim, as dificuldades metodológicas para o desenvolvimento desta pesquisa correspondeu aos mesmos desafios inerentes enfrentados por outros estudos com este grupo (ROSA, 2005, BRASIL, 2009, 2011). A principal foi encontrar os dados censitários dessa população disponíveis para informação, uma vez que esta não é incluída nos censos demográficos brasileiros e em outros países também, devido a esses estudos serem realizados fundamentalmente de base domiciliar.

A observação do cotidiano da vida dos sujeitos, segundo GIL (1995, p.35) favorece o conhecimento da vida de um grupo a partir do interior dele mesmo. Assim, esse procedimento também foi utilizado. Foram vários os momentos observacionais, que sem dúvida foram importantes nesse processo de investigação. O conhecimento mútuo entre pesquisador e entrevistados, permitiu uma abertura natural na hora da entrevista, devido à convivência prévia estabelecida dias antes entre os atores sociais envolvidos.

2.2. O Local da Pesquisa: A cidade do Guarujá – SP.

Acreditamos que preservar a história de uma cidade é manter viva a memória daqueles que, com trabalho, suor e lágrimas, ajudaram a construí-la. Mas, nem sempre a cidade, embora enriquecida por belezas naturais, demonstra uma igualdade de oportunidades aos seus cidadãos, por isso, instala-se um contexto econômico e social tão desigual e injusto, como é o caso de Guarujá, conforme veremos nesse trabalho.

Levantou-se, através de buscas nas escolas da cidade, nas bibliotecas públicas de Santos, com ênfase na história da Baixada Santista, por fontes históricas que tratassesem das origens da cidade de Guarujá, sem muito sucesso nessa busca.

Todavia, foi achado um livro intitulado *Guarujá – Três Momentos de Uma Mesma História*, da historiadora e pedagoga Angela Omati Aguiar Vaz, professora e coordenadora da Faculdade de Educação, Ciências e Letras Don Domênico, a qual nos serviu de base para os dados que passaremos a discorrer. Esta obra é parte da dissertação de mestrado desta autora, e várias informações foram retiradas sobre a história recente e passada dessa bela e complexa cidade, também conhecida como Pérola do Atlântico.

A cidade de Guarujá é a terceira maior da Baixada Santista no litoral paulista, é um dos locais preferidos dos turistas por suas belas praias e belezas naturais, mas que “enfrenta sérios problemas sociais criados principalmente por uma ocupação desordenada, não planejada e mal distribuída, transformando-a em um palco de grandes contrastes econômicos” (VAZ, 2010, p.11).

Do ponto geográfico, a cidade de Guarujá localiza-se na Ilha de Santo Amaro, e está separada do continente pelo canal de Bertioga. Também, faz fronteira com a Ilha de São Vicente, onde se localiza as cidades de Santos e São Vicente, pelo estuário de Santos. Faz fronteira ao norte com a área continental e com o município de Bertioga; ao sul e a leste com o oceano Atlântico, a oeste, com a Ilha de São Vicente, precisamente com Santos (idem).

Distante de São Paulo cerca de 80 km, desde 30 de julho de 1996, Guarujá faz parte da Baixada Paulista através da Lei Complementar Estadual nº. 815, instituída pelo então governador Mário Covas, que criou a Região Metropolitana

da Baixada Santista como unidade regional do Estado de São Paulo. Essa região compreende os municípios de Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, Santos e São Vicente. (Diário Oficial da União - DOU de 24.12.2009).

2.2.1. Guarujá no Brasil Colônia.

Em nossa trajetória escolar aprendemos que já nos primórdios da colonização brasileira a costa litorânea era visitada por estrangeiros, antes da chegada dos portugueses. Durante a colonização portuguesa, na tentativa de proteger o território, Portugal ergueu tranqueiras ou trincheiras, que posteriormente eram transformadas em construções fortificadas, assim, a Ilha de Santo Amaro também recebeu esse tipo de proteção.

De acordo com Vaz (2010), a Ilha foi visitada pela primeira vez no dia 22 de janeiro de 1502 pelos navegadores portugueses André Gonçalves, Américo Vespúcio e suas comitivas. Tal visita aconteceu na região ocidental, hoje a conhecida Praia de Santa Cruz dos Navegantes. No período de povoamento irregular da ilha, várias expedições portuguesas, espanholas e francesas frequentaram a região.

A encosta era coberta por sambaquis, que em língua tupi significa montes de conchas, com grande concentração do litoral paulista até Santa Catarina. Essas conchas eram utilizadas para produzir ligas de calcário, que eram utilizados na fabricação de pedra e argamassa para a construção dos fortés do Brasil colônia da região Vaz (2010).

Segundo Vaz (2010), esses sambaquis foram construídos por civilizações antigas que tinham o local como ‘sagrado’, pois ali costumavam enterrar seus mortos. Os colonizadores portugueses foram os primeiros a destruir os sambaquis, para obtenção de cal e matéria prima para estradas e adubos.

Do período colonial, a ilha guardou vestígios de fortalezas como a de São Felipe, o Forte de São Luiz, o Forte do Pinhão ou Farol do Itapema, a Fortaleza da Barra Grande ou de Santo Amaro – que representavam a união das duas coroas:

portuguesa e espanhola, e a ermida de Santo Antônio do Guaibê (VAZ, 2010). Economicamente, a região possuía atividade de pesca, engenhos de açúcar e extração de óleo das baleias e, na época, contava apenas com algumas pequenas propriedades agrícolas.

2.2.2. O Guarujá do século XIX.

Algumas famílias de Santos possuíam fazendas no Guarujá no século XIX, os Botelho de Carvalho, por exemplo. Já do lado de Guarujá existiam também as famílias fazendeiras, os Buenos Chaves, os quais venderam sua fazenda a Miguel Antônio Jorge. Essa fazenda fazia divisa com as heranças em terras do coronel Martim Francisco Ribeiro de Andrade. Os já citados Botelhos passaram suas terras ao neto Vicente de Carvalho, que herdou o sítio Glória (VAZ, 2010). Atualmente, esses locais representam bairros importantes da cidade de Guarujá, como Pitangueiras, Astúrias e Enseada.

Um aspecto importante da origem histórica de Guarujá é a ligação com o comércio de escravos no Brasil. A autora, Vaz (2010) cita Valencio Augusto Teixeira Leomil, negociante e dono da fazenda Perequê, a mais famosa propriedade agrícola da Ilha, o qual se dedicava entre outros negócios ao tráfico de escravos, uma vez que na praia da enseada muitos navios continuavam a desembarcar seus escravos, mesmo após a proibição em 1850.

A Companhia Balneária da Ilha de Santo Amaro foi criada em 1892. Elias Fausto Pacheco Jordão, engenheiro civil, que gozava de prestígio político, chegando à vice-presidência da província de São Paulo foi eleito presidente. O mesmo era também sócio gerente da firma Prado, Chaves & Companhia, empresa que pertencia aos cafeicultores Antonio Prado e Elias Chaves (VAZ, 2010).

Em 1890, como Guarujá pertencia a Santos, Leomil pediu a Câmara Santista uma concessão por setenta anos para instalar uma linha de trens de ferro. Após obtenção, vendeu a concessão para a Companhia Balneária da Ilha de Santo Amaro, da qual foi diretor fiscal (VAZ, 2010).

Quando assumiu a presidência da Companhia Balneária, Elias Fausto Pacheco Jordão elaborou um plano e encomendou que reproduziam em grande parte, os projetos das novas cidades norte americanas, como descreve Vaz (2010):

Uma cidade completa nos Estados Unidos, de pinho da Geórgia, composta por: um hotel com cinquenta quartos, dois andares, uma enorme varanda, mirantes em três torres, sala de refeições, sala de estar, sala de leitura, bar e demais dependências, uma igreja, um cassino e mais quarenta e seis casas de residência, os chamados chalés da Geórgia. Estes chalés possuíam dois pavimentos (p.38).

Eram ruas inteiras de construções importadas em pedaços e montadas no local. De início, até mesmo cercas, à frente dos terrenos e os portões eram de madeira com feição estrangeira. Quem percorresse o Guarujá naqueles tempos poderia se acreditar no oeste americano. As casas tinham parte das estruturas de madeira aparentes e cobertura com telhas tipo Marselha. As paredes eram arrematadas com tábuas horizontais. Os chalés apareciam como novidades e eram registrados nos cartões postais (VAZ, 2010, p.44).

Foram imediatamente instalados luz, com uma usina a vapor, rede de água e esgoto e uma corporação de bombeiros da própria companhia, pois o fornecimento de energia elétrica era interrompido pela usina às 23 horas (VAZ, 2010).

Paralelo à construção da cidade nos Estados Unidos, Elias Fausto Pacheco Jordão, determinou a construção de uma pequena estrada de ferro, primeiro ligando o Sítio das Laranjeiras (região de famílias importante da cidade) até o estuário de Santos, e posteriormente, até ao Itapema, hoje Vicente de Carvalho. Em movimentação com esse trem foram instaladas as barcas que faziam as travessias da faixa de mar entre as Ilhas de Santo Amaro e São Vicente, Guarujá e Santos respectivamente (*idem*). Assim, Guarujá foi construída ao longo da sua história.

Na data do dia 2 de setembro de 1893 foi inaugurado o Grande Hotel de La Plage. Destinado às oligarquias, deu suporte ao Guarujá no início da cidade através do turismo, como conta Vaz (2010, p. 52):

A inauguração do Guarujá foi solene e brilhantemente comemorada. Em trem especial que partiu da Estação da Luz, da “São Paulo Railway”, seguiram muitos convidados acompanhados pela diretoria da Companhia Balneária, fazendo também parte dessa comitiva o Presidente do Estado e o Bispo de São Paulo, que celebrou missa solene na nova e bonita igreja.

As classes economicamente mais abastadas da época frequentavam os hotéis e cassinos, “onde diversos tipos de jogos de azar conviviam com salas de bailes e restaurantes luxuosos” (VAZ, 2010, p.52). As cúpulas políticas que dirigiam a nação eram figuras marcantes nos suntuosos hotéis que Guarujá ostentava na época. Famílias bem sucedidas de Santos e São Paulo, incluindo Santos Dumont, eram frequentadores assíduos da cidade, hospedavam-se ou nos chalés americanos ou nas dependências do Grande Hotel, que também era muito frequentado por jogadores do Cassino. (VAZ, 2010). O Grande Hotel passou por incêndio que lhe danificou a beleza e a importância, no final do século XIX, precisamente em dezembro de 1897.

Em 30 de junho de 1934, o município do Guarujá foi transformado em Estancia Balneária com a emancipação administrativa e, em 1948, ganhou autonomia política, tendo como prefeito Abílio dos Santos Branco. Embora muitos prefeitos tenham passado pelo paço municipal, muitos escândalos políticos, incluindo afastamentos com intervenção e prisão de ex-prefeito acusado de participação indireta de assalto a banco, são apontados como fatores que impossibilitaram o pleno desenvolvimento social, político e econômico que a cidade tanto necessita (VAZ, 2010).

2.2.3. Guarujá – Após a Febre Imobiliária e suas implicações.

No começo do século XX, com a criação do cais de atracação das barcas e da estrada de ferro, algumas casas surgiram, iniciando a ocupação da cidade por pessoas de menor poder aquisitivo da cidade de Santos (VAZ, 2010).

Na segunda metade do século XX, Guarujá sofreu um crescimento desorganizado. A chamada “Febre Imobiliária” teve várias causas e, a principal, foi a formação do Distrito de Vicente de Carvalho ou Itapema (*idem*).

Com a criação de zonas industriais na Baixada Santista e o preço atrativo das terras em Itapema, muitas pessoas foram atraídas para a região. Alguns para comprar, outras para invadir terrenos, principalmente devido a localização próxima ao estuário de Santos, em frente à região portuária, hoje denominada “Pae-Cará” (VAZ, 2010).

O fenômeno das invasões intensificou-se após as chuvas de 1956, com o desmoronamento de vários morros santistas. Os problemas sociais acentuaram-se muito com o processo de migração nordestina e com o aumento da construção civil (*idem*). Desde a década de 1960 a diferença estrutural entre o Distrito de Vicente de Carvalho e o Guarujá é discrepante. Comparando de forma ampla, os dois centros apresentam traços urbanos opostos, como se pode perceber na citação abaixo:

Guarujá, debruçada no mar aberto, desenvolve-se ao longo de praias bravas batidas pelas águas claras do Atlântico, em sítio elevado e seco. Vicente de Carvalho, à margem do Estuário, de águas tranquilas e escuras. Ocupa terras rasas e encharcadas. Guarujá, com amplas avenidas arborizadas e ruas largas, dotadas de todo melhoramento público, mostra a requintada urbanização de cidade organizada. Vicente de Carvalho com ruas maltratadas, pouco equipadas, mostra bem sua condição de núcleo marginal em incipiente estado de urbanização. Guarujá estende-se ao longo das praias onde se erguem monumentais prédios de apartamentos e residências finas, amplas, ajardinadas e de estilo moderno. Vicente de Carvalho espraia-se, afastada do canal, com casario baixo, concentrado, construído sobre estacas, sem estilo definido, com mínimas condições de conforto e higiene. Guarujá, de marcada função balneária, abriga pequena população efetiva de caiçaras e descendentes de imigrantes, sensivelmente aumentada nos fins de semana e durante as elegantes temporadas da “gente bem” do planalto. Vicente de Carvalho, dormitório dos trabalhadores do porto, dos empregados nos armazéns de café, dos operários da Cosipa, da Refinaria “Artur Bernardes” e das indústrias santista-vicentinas, mantém população permanente cinco vezes maior, constituída por elevada porcentagem de nordestinos. Guarujá, para o desempenho de sua função maior, possui importante comércio de artigos de praia e turismo, bares e mercearias montados com requintado bom gosto, restaurantes luxuosos, motéis, “boites” e clubes recreativos “fechados”. Vicente de Carvalho, completando a função – dormitório, apresenta reduzido e modesto comércio de artigos de primeira necessidade, pequenos bares e cafés, pensões familiares, intenso movimento de vendedores ambulantes e sociedade que lutam pelo equacionamento dos múltiplos e complexos problemas sociais. Guarujá garantiu permanente para investimento imobiliário, expandiu-se com disciplina e método através dos loteamentos planejados e regularmente registrados na Prefeitura Municipal; Vicente de Carvalho sem qualquer atrativo para aplicação de capitais, cresceu desordenadamente pela invasão da propriedade privada. Enfim: Guarujá, a pacata cidade aristocrática, figura diariamente na crônica social dos jornais paulistanos; Vicente de Carvalho, o dinâmico aglomerado popular, somente de vez em quando aparece nos órgãos da imprensa diária para focalizar algum de seus problemas. (RODRIGUES, apud 1965 VAZ, 2010, p. 149).

Embora esse texto tenha sido escrito na década de 60, em muitos aspectos é bem atual na descrição das duas regiões. Atualmente, Vicente de Carvalho tem um comércio muito mais amplo, variado e movimentado. Redes

bancárias e grandes lojas já descobriram esse ‘filão’ comercial e se instalaram nessa localidade (VAZ, 2010).

Tanto Guarujá quanto Vicente de Carvalho, como em outras cidades brasileiras com características semelhantes, sofrem vários problemas que lhe são comuns seja de ordem social, econômica e política. A legalização de posses de terrenos, a urbanização de favelas, a drenagem de várzeas, a ampliação das redes de luz, água e esgoto, somaram-se a geração de novos empregos, ao atendimento escolar, a necessidade de serviços de saúde. A que violência alcançou tanto a cidade como o distrito. A população imigrante que aqui se estabeleceu é imensa e com ela os desafios tornaram-se imensuráveis (VAZ, 2010).

A partir de 1950, o Guarujá começou a ganhar uma nova fisionomia urbana bem diversificada, como os luxuosos loteamentos que pertenciam a famílias tradicionais paulistanas, como os Prados, na praia de Pernambuco e os Matarazzos, na praia da Enseada. Em contrapartida a estas regiões, as vilas Santo Antônio, Gonzalez, Santa Rosa, Funchal e o Jardim Primavera tornaram-se núcleos populacionais densos com moradias bem mais humildes (*idem*).

A década de 1950 gerou ainda um grande fluxo de trabalhadores atraídos primeiramente em função do hotel e do cassino, e posteriormente pela facilidade de colocação na construção civil, devido o crescimento imobiliário na cidade. A migração principalmente de nordestinos em busca de trabalho, gerou um crescimento no número de favelas nas encostas dos morros, manguezais e áreas periféricas, ocasionando também, problemas de ordem ambientais.

2.2.4. Guarujá nos anos 2000.

Sem dúvida alguma o litoral paulista experimentou muitas e variadas transformações nas últimas décadas. Os processos de urbanização, muitas vezes ocorrendo de maneira desordenada, acabam impactando principalmente na questão de moradia e trabalho dos que residem e também daqueles que somente frequentam a região.

O Instituto Polis, apoiado pela Petrobrás, iniciou a construção de um diagnóstico urbano socioambiental participativo dos municípios do Litoral Norte e Baixada Santista, denominado Projeto Litoral Sustentável – Desenvolvimento com Inclusão Social, que está inserido neste contexto de intensas mudanças, objetivando contribuir no desenvolvimento sustentável dessa região.

Por se tratar de um documento recente, disponibilizado em 2013, foi amplamente utilizado como fonte de pesquisa sobre a situação atual do Guarujá, como descreveremos mais adiante. Esse Projeto (2013) apresenta vários dados descritivos e apresentados sobre as cidades do Litoral Norte e Baixada Santista, no caso do Resumo Executivo do Guarujá, seu conteúdo foi articulado e organizado em três partes.

A primeira apresenta um panorama geral do município, a segunda indica os principais desafios para um desenvolvimento econômico, organização territorial e de gestão pública, e a terceira traz a visão da população sobre a realidade da cidade, com reflexões construídas a partir da articulação entre as expectativas e visões dos diferentes segmentos sociais (2013).

O município de Guarujá especificamente possui uma área total de 143.454 Km², e a maior parte de seu território está inserida em unidades de conservação ambiental, permanecendo não ocupada. Segundo dados contidos no último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE de 2010, a densidade populacional do município é de 20,4 habitantes por hectare e nas áreas urbanizadas a densidade demográfica vai a 76,4 habitantes por hectare (IBGE, 2010).

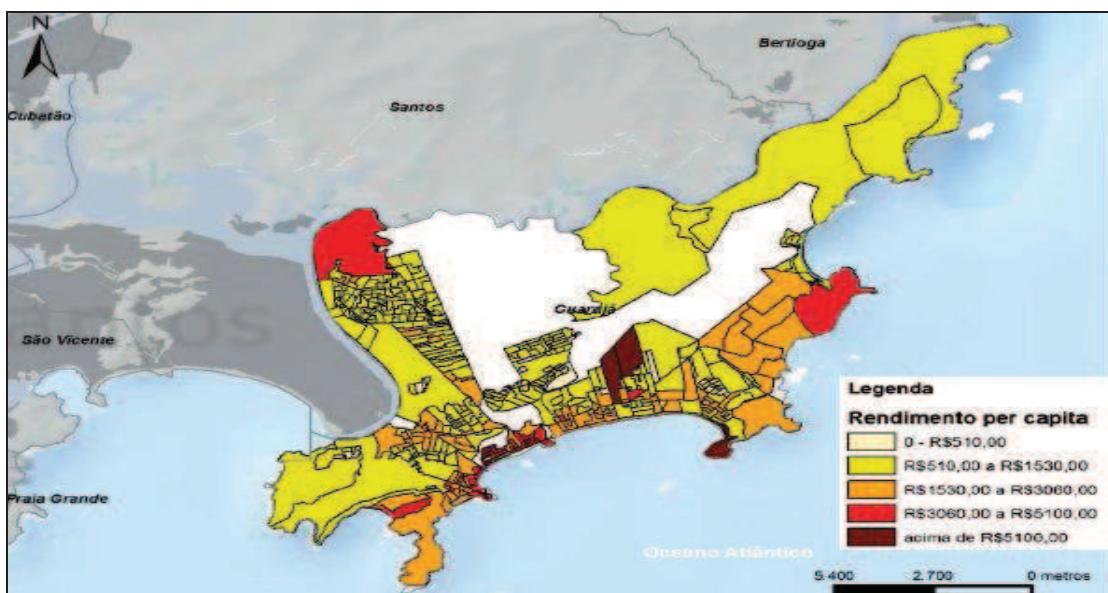
De acordo com o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE 2010, o município possui a terceira maior população do litoral paulista, perdendo apenas para Santos e São Vicente: 290.752 habitantes, com uma estimativa de 306.683 no ano de 2013, distribuídos entre o distrito de Vicente de Carvalho e Guarujá.

Segundo este censo de 2010, Guarujá apresenta uma população jovem, mas que vem envelhecendo nesta última década. A população de até 29 anos passou de 58%, em 2000, para 50% da população total, em 2010, enquanto a população de 30 até 59 anos aumentou de 35% para 40%. Neste período, também

se observa um ligeiro envelhecimento da população com mais de 60 anos, que passou de 6% para 9% da população total (IBGE, 2010).

O Censo de 2010, quando analisou o indicador “renda mensal do responsável pelo domicílio”, na época no valor de R\$ 510,00, conforme se observa na figura 1 abaixo, concluiu que 64% das pessoas responsáveis por domicílios em Guarujá possuem rendimento mensal de 0 a 3 salários mínimos, apresentando perfil bastante similar à maior parte dos municípios do litoral paulista (IBGE, 2010).

Figura 1: Rendimentos Nominais Médios dos responsáveis pelos Domicílios segundo setores censitários – R\$ - 2010.



Fonte: Resumo Executivo de Guarujá – 2013.

Segundo o Resumo Executivo do Guarujá (2013), elaborado pelo Projeto Litoral Sustentável do Instituto Pólis, que analisou a renda até o ano de 2012, a população de média renda se concentra espalhada em vários pontos do território, em setores censitários onde a renda média dos responsáveis domiciliares ficava entre R\$ 622 e R\$ 1.866.

Os maiores níveis de rendimento estão concentrados na orla marítima, principalmente nas praias de Pitangueiras, Pernambuco, Tortuga e Guaiúba: entre R\$ 1.866,00 e R\$ 6.220,00 Os setores onde esse indicador fica abaixo de R\$ 622,00 estão mais afastados da orla marítima. (INSTITUTO PÓLIS, 2013).

Com relação ao rendimento “mensal domiciliar” o Guarujá possui 32% dos seus domicílios com renda de até 2 salários mínimos, 40% dos domicílios com rendimento entre 2 a 5 salários e 17% com renda entre 5 e 10 salários mínimos (IBGE, 2010).

Com relação às moradias, o Resumo Executivo do Guarujá de 2013, feito pelo Projeto Litoral Sustentável do Instituto Pólis, aponta um crescimento de 126.546 para 137.574 imóveis de 2000 para 2010 respectivamente, sendo que 33% dessas residências são para uso ocasional, condizendo com a dependência da atividade turística no município.

Esse mesmo Resumo Executivo do Guarujá de 2013 aponta para a existência de cenários de risco geológico, decorrente da ocupação urbana irregular de famílias de baixa renda, “*de forma, por toda a área urbana do município, dentro de um modelo de urbanização que induz o aproveitamento máximo das margens dos córregos, canais e rios, por avenidas e moradias*” (p. 17). Concluindo ainda:

[...] constatamos que a produção de empreendimentos verticais não é fruto de uma política de desenvolvimento urbano e habitacional voltada para adensamento de áreas de moradia da população fixa. A produção de empreendimentos imobiliários verticais de alto padrão direcionou e favoreceu a valorização ainda mais intensa das áreas próximas à faixa de praia, em detrimento da universalização de acessos à moradia digna provida de infraestrutura para a população residente (GUARUJÁ, 2013, p. 22).

É de fácil observação que dois padrões de construções verticais protagonizam a paisagem urbana do Guarujá: Pequenos prédios com variação de três a cinco andares, e os grandes empreendimentos de ‘maior gabarito’, vem crescendo e ganhando destaque nos últimos anos, principalmente na região da Praia de Pitangueiras, como se observa nas fotos 1 e 2:

Foto1: Construções maiores se destacando entre as demais na Praia do Tombo.



Fonte: Resumo Executivo de Guarujá – 2013.

Foto 2: Concentração de construções verticais na Praia de Pitangueiras.



Fonte: Resumo Executivo de Guarujá – 2013.

Ainda no que se refere à habitação o Resumo Executivo do Guarujá de 2013 identificou 61 locais de assentamentos precários, abrigando 35.107 domicílios e 126.440 moradores, representando respectivamente 41,31% e 43,48%, do total de domicílios particulares permanentes e mais da metade dos moradores, conforme fotos 3 e 4.

Foto 3 e 4: Moradias precárias no Núcleo Boa Vista.

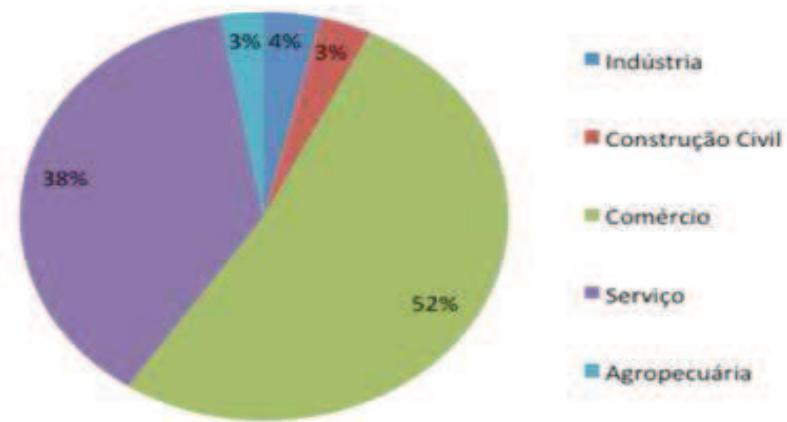


Fonte: Resumo Executivo de Guarujá – 2013.

A distribuição dos estabelecimentos que movimenta o setor econômico do Guarujá, de acordo com os dados da Relação Anual de Informações Sociais – RAIS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, citado pelo Resumo Executivo do Guarujá de 2013, mostra que dos 4.993 estabelecimentos registrados na época, a maioria se encontra na prestação de serviços e comércio, evidenciando mais uma vez a forte atividade turística que o município apresenta como se observa no gráfico 1 abaixo:

Estabelecimentos Formais.

Gráfico 1: Distribuição (%) dos estabelecimentos por setores da atividade econômica, Guarujá, SP, 2010.



Fonte: Resumo Executivo do Guarujá de 2013.

Quanto à distribuição de empregos formais em 2010, segundo o Resumo Executivo do Guarujá de 2013, este cenário também acompanha a prestação de serviços e comércio visto anteriormente, como se observa no gráfico 2, abaixo:

Participação do emprego.

Gráfico 2: Distribuição (%) dos empregos formais por setores de atividade econômica, Guarujá, SP, 2010.



Fonte: Resumo Executivo do Guarujá de 2013.

A rede municipal de saúde atualmente conta com 20 unidades prestadoras de serviços da Atenção Básica, sendo distribuídas em 10 Unidades de Saúde da Família – USAFA e 10 Unidades Básicas Tradicionais – UBS, além de 6 Unidades de Pronto Atendimento – UPA, que oferecem atendimento 24 horas, segundo dados divulgados pela Prefeitura do Guarujá²². O município mantém ainda 9 serviços que oferecem Atenção Secundária, 3 unidades estão ligados à área da Saúde Mental, 1 Centro de Testagem, Aconselhamento, Prevenção e Treinamento – CTAPT relacionado às DST's/AIDS, 1 Centro de Reabilitação em Fisioterapia localizado em Vicente de Carvalho, 1 Centro de especialidades odontológicas, 1 Serviço de Internação e Atendimento Domiciliar - SIAD e 1 serviço de remoção ²².

A Prefeitura do Guarujá ainda mantém convênio com o Hospital Santo Amaro – HSA, filantrópico e único da cidade, que segundo o Conselho Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES²³, possui 298 leitos no total, sendo 230 destinados ao Sistema Único de Saúde – SUS e 68 para o atendimento privado. O CNES³ também aponta para 52 leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI entre

²² FONTE: Prefeitura Municipal do Guarujá – SP.

²³ FONTE: CNES – Conselho Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

adultos, infantil e neonatal, dos quais 39 leitos são destinados ao Sistema Único de Saúde – SUS e 13 para a rede privada, além de 23 leitos-dia. As portas de entrada para o Hospital Santo Amaro – HSA, a porta do SUS é via Sistema de Regulação de Vagas e o acesso via rede conveniada com planos de saúde e particular. O município tem contratos ainda com um laboratório e um serviço de Imagem.

Atualmente, além dos dois equipamentos públicos que trabalham com a população em situação de rua, o município implantou um modelo de *Consultório na Rua*²⁴, que integra o Programa do Governo Federal *Crack é Possível Vencer*. Foi idealizado para ficar a ‘disposição’ da população em situação de rua toda segunda – feira, das 13:00 às 17:00, na Praça das Bandeiras, na Praia das Pitangueiras.

A equipe é composta por um médico generalista, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, um dentista e um administrativo. Vale ressaltar que essa equipe não é fixa.

Outra crítica levantada pelo Resumo Executivo do Guarujá de 2013 envolve a questão da Segurança Pública, onde a população relata maior sensação de segurança nos meses da temporada, quando há um aumento significativo do efetivo militar.

2.3. Instrumentos Públicos Pesquisados.

Os instrumentos públicos que foram pesquisados, através dos seus coordenadores, tiveram a anuência da pesquisa através da Secretaria de Ação Social e Cidadania do município que autorizou a realização do estudo ainda no ano de 2013.

Visando atender as diretrizes da Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, atribuímos codinomes aos entrevistados bem como aos locais em que foi desenvolvida a pesquisa. Os nomes dos locais foram escolhidos por refletirem de certa forma uma imagem ou significado social que estes representam para os entrevistados.

²⁴ FONTE: Diário Oficial de 21 de Janeiro de 2014. Ano 13. Edição 2925. p.6.

2.3.1. Local 1: Casa Proteção.

Tendo passado por duas reformas, a Casa Proteção foi inaugurada em 1985. Contrariando os pensamentos de que a lotação é esgotada apenas no período do inverno, a demanda deste equipamento público tem suas vagas esgotadas na temporada de verão. Isso ocorre, devido o crescente número de pessoas que veem em busca de aumentar suas rendas através do trabalho nas praias, seja para recolher materiais recicláveis ou “puxar os carros”, para os comerciantes nas faixas de areias.

Durante o período entre janeiro a dezembro de 2013, ano este em que se buscou desenvolver esta pesquisa, passaram pela Casa Proteção um total de 945 pessoas em situação de rua, segundo o livro de registro de usuários atendidos na Casa Abrigo. A análise detalhada deste livro permitiu observar que em alguns dias ao longo do ano citado, não houve registro de entrada de pessoas em situação de rua, esse fato ocorreu várias vezes, devido à lotação esgotada do equipamento público.

Outra observação feita é que muitas pessoas registradas nesse livro, já eram reincidentes no serviço, algumas com mais de vinte, trinta, até cinquenta passagens pelo serviço, confirmando assim a alta rotatividade dessa população que frequentemente retorna para a cidade do Guarujá.

A quantidade de pessoas mencionadas pela coordenação da Casa durante a entrevista que possuem alguma doença foram 7. As entrevistas incluíram 3 sujeitos que não foram contados pela coordenadora, totalizando 10 pessoas com comorbidades de permanência fixa na casa, excetuando os casos de transtornos mentais, que não foram incluídos nesse estudo. Assim, podemos concluir que mais de 10% da capacidade total do equipamento público é ocupada por pessoas que deveriam estarem Residências Terapêuticas, que já é uma proposta do Governo Federal para moradores de ruas com transtornos mentais severos, ou ainda as Repúblicas.

Localizado em Vicente de Carvalho, a Casa Proteção, está ao lado de um canal no fim de uma rua com paralelepípedos, mal conservada e com muita sujeira que a própria população joga em terreno vazio em frente. Tem capacidade para 73

pessoas divididas em duas alas maiores e uma menor para os mais debilitados fisicamente, como se observa na fala de Jade, coordenadora do local 1: “*são 73 vagas, sendo duas alas com 32, uma masculina e outra feminina, e uma ala com 9 vagas onde ficam as pessoas mais debilitadas... mais idosos, deficientes ficam nessa ala menor*”.

O número de pessoas que residem no local por diversos motivos fica em torno de 11 a 12 pessoas, de adultos com doenças crônicas a idosos, sem contribuição previdenciária para aposentadoria. Dos nomes citados, apenas um aguarda melhora das condições de saúde para retornar para sua terra natal, conforme relato de Jade:

Preciso falar dos nomes pra lembrar... ([os nomes foram omitidos por recomendações éticas] [...], em média são de 11 a 12 pessoas, a maioria é... Tem os casos de transtorno mental, que são acompanhados pelo CAP's e tamos aguardando a residência terapêutica, né, tem alguns que vão pra lá. Um deles o pai tá... A gente tá esperando a cura completa pro pai levar pra Paraíba, que a gente conseguiu contato. Tem casos que tá entre 63 anos que a gente não consegue inserir no mercado de trabalho e não tem como se aposentar porque não contribuiu... Aí só aguardando pra ver se tem algum benefício do LOAS e são esses casos, acima de 60... Que acabam ficando mais tempo também e a gente não tem o que fazer... (Jade).

[...] Dos idosos por incrível que pareça, de doença não... Os mais jovens tem, eu tenho idoso com dependência de álcool por causa do vício de bebida, mas de doença clínica, de doença física não... Tem que é problema de rim né, que é crônico, diabetes tem, entendeu? E alcoolismo tem... Doenças assim a longo prazo tem a [...], que faz tratamento tanto no CAP's como no William Rocha. (Jade).

A entrada da população em situação de rua na Casa Proteção ocorre principalmente pelo serviço de abordagem social que percorre durante o dia locais conhecidamente frequentados por esse público. Esse serviço de abordagem está vinculado ao Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop.

Outras formas de entrada são através de ‘denúncias’ dos municípios que telefonam comunicando sobre a presença de algum grupo quando este está ‘perturbando a ordem pública’, e também através de ‘monitoramento’ dos locais já mapeados por onde essa população frequenta, como vemos na fala.

Através de denúncia que o munícipe liga... Tanto ele pode ligar pra gente aqui né? Como o serviço passou a ser nosso, da abordagem social, como ele pode ligar pra ouvidoria que vai gerar um boletim do cidadão, certo? Ai nesse boletim do cidadão... Ele coloca a denuncia, e ai ele pede, ele cita o local onde existe um grupo né... Aí ele pede providencia, então tanto pode ser por essa via de telefone direto aqui, como pode ser pela ouvidoria que vai gerar um boletim do cidadão que vai chegar até aqui, até a gente, a gente tem que tomar uma providencia tá... Tanto pode ser através de monitoramento diário que a equipe da abordagem social faz que é dividido em toda a cidade (Ágata).

A Guarda Civil Municipal em conjunto com o serviço de abordagem, a Delegacia de Polícia Civil quando necessitam de boletins de ocorrência por furto de documentos, encaminham várias pessoas nessa situação para a Casa Esperança, das 08:00 às 17:00, que é o período de funcionamento desse serviço, e após esse horário são direcionados para a Casa Abrigo.

Casos de transtornos mentais que recebem tratamento nos Centros de Atendimento Psicossocial – CAP's AD, sem familiares na cidade também são encaminhados à Casa Proteção, conforme a fala de Jade, que coordena a Casa Proteção: “*Em média são de 11 a 12 pessoas, a maioria é..., tem os casos de transtorno mental, que são acompanhados pelo CAP's e estamos aguardando a residência terapêutica, né, tem alguns que vão pra lá*”.

Os serviços de saúde como o Hospital Santo Amaro, o Hospital William Rocha e Emílio Ribas que frequentemente recebem pessoas nessa condição social para tratamento de Tuberculose e soropositivos para Hepatite B, Diabetes Melitus, Insuficiência Renal Crônica e HIV/AIDS, para dar continuidade aos tratamentos que iniciaram nessas unidades hospitalares, como se observa na fala de Jade, quando questionada sobre os tipos de patologias mais frequentes os usuários do serviço apresentam:

Então... Normalmente tem mais a questão da diabetes, e a maioria chega debilitado. Tô com um caso de tuberculose, tô com... Ah, tô com um caso... Um caso de hepatite que veio do Emílio Ribas, teve alta e veio pra cá, tá aqui, a gente já localizou a família, estamos esperando a família se organizar pra ficar com ele, mas a maioria é assim, são essas doenças, é Hepatite ou HIV ou Diabetes ou Hipertensão. São essas as mais, normalmente vem muito machucados, fratura, ou foram atropelados, mais doenças crônicas mesmo são os transtornos mentais, tem a doença renal, que eu acho que tem 30% do rim e hepatites, são mais essas mesmo. (Jade).

Esses fatos são de conhecimento da Secretaria de Saúde do Município, que percebe que a presença permanente desses usuários com patologias crônicas, acaba interferindo no acolhimento de outra pessoa que busca sair das ruas, às vezes solicitando auxílio para se tratar das drogas, que o retorno dele para as ruas pode comprometer ainda mais sua condição clínica, mas esbarra na falta de vagas, conforme se observa nas falas de Ametista:

A gente acaba tendo essa demanda do [...], a gente acaba tendo os nossos pacientes [...] né? Porque as famílias abandonaram, os vínculos estão completamente rompidos, então assim ele (o equipamento Público) tem ficado com esses pacientes de Saúde Mental. Não é um número muito grande, em torno de 3 ou 4 e dai tiram a vaga de um morador que não esteja nessa situação, mas que precisa do [...] (Ametista).

Como este serviço não tem como característica a “porta aberta”, pois seu horário de entrada é até às 18:00 horas para pernoite e refeição noturna, o número de pessoas que procuram por atendimento é menor quando comparado com o segundo local pesquisado. O tempo de permanência acaba sendo liberado para todos, ‘alguns’ recebem acompanhamento, conforme se observa na fala abaixo:

Como não é um serviço que abre, e a noite fecha então tem umas pessoas que estão sendo acompanhados a média hoje em dia tá entre 40 – 50... a média tá isso, as vezes diminui um pouco, as vezes aumenta um pouco, até uns 55 assim... Todos acabam ficando um tempo permanente aqui entendeu? Só quem é de fora, que é de outra cidade é que fica menos tempo mesmo... Em média uns 5 dias pra quem é de fora. (Jade).

Segundo as diretrizes da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB-RH/SUAS (BRASIL, 2011), as equipes de referência são constituídas por servidores responsáveis pela organização e oferta de serviços, além de programas, projetos e benefícios de proteção social, seja esta básica ou especial, considerando o número de famílias e indivíduos referenciados, o tipo de atendimento bem como as aquisições que devem ser garantidas aos usuários.

A população em situação de rua está inserida na Proteção Social Especial de média complexidade, a equipe de referência para a prestação de serviços e execução das ações está assim definida, para atendimento em pequenos grupos,

conforme disposto na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB-RH/SUAS (BRASIL, 2011).

Quadro 2 - Equipe de referência para atendimento direto:

Profissional / Função	Escolaridade	Quantidade
Coordenador	Nível superior ou Médio	1 profissional referenciado para até 20 usuários acolhidos, em no máximo 2 equipamentos.
Cuidador	Nível Médio e Qualificação Específica	1 profissional para até 10 usuários, por turno; A quantidade de cuidador usuário deve aumentar quando houver usuários que demandem atenção específica, pessoas soropositivas, com necessidades específicas de saúde, com deficiência, idade inferior a um ano, pessoa com Grau de Dependência II ou III, dentre outros). Para tanto, deverá ser adotada a seguinte relação: a) 1 cuidador para cada 8 usuários, quando houver 1 usuário com demandas específicas; b) 1 cuidador para cada 6 usuários, quando houver 2 ou mais usuários com demandas específicas.
Auxiliar Cuidador	Nível Fundamental e Qualificação Específica	1 profissional para até 10 usuários, por turno; A quantidade de cuidador usuário deve aumentar quando houver usuários que demandem atenção específica, pessoas soropositivas, com necessidades específicas de saúde, com deficiência, idade inferior a um ano, pessoa com Grau de Dependência II ou III, dentre outros). Para tanto, deverá ser adotada a seguinte relação: a) 1 auxiliar de cuidador para cada 8 usuários, quando houver 1 usuário com demandas específicas; b) 1 auxiliar de cuidador para cada 6 usuários, quando houver 2 ou mais usuários com demandas específicas.

Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social e combate a Fome.

Segundo Jade, a responsável pela Casa Proteção, a equipe componente de servidores não está em conformidade com as diretrizes da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB-RH/SUAS (BRASIL, 2011, p.21):

[...] eu, a coordenadora, um administrativo, duas assistentes sociais que se revezam no trabalho, uma de manhã e uma a tarde, né... essa parte administrativa é só de segunda a sexta, tem uma responsável técnica que fica a noite, né, que é também assistente social só que é responsável técnica da noite, aí tem 4 cuidadores social e 4 auxiliar de cuidador social, só que são todos 12 por 36, então por plantão na verdade eu tenho 1 cuidador e 1 auxiliar, entendeu? não tenho mais... (Jade).

A NOB-RH propõe um funcionário para cada 10 usuários e, quando houver usuários com necessidades especiais, esta relação passa para 08. O serviço atende em torno de 40 a 50 pessoas diariamente, mostrando que quanto aos recursos humanos, a NOB-RH não está sendo cumprida nesse serviço.

Embora o local já tenha passado por duas reformas, as calçadas externas apresentam rachaduras e as pinturas desbotadas aumentam o aspecto de envelhecimento das dependências internas e externas. Nos alojamentos coletivos (tanto masculino como o feminino), a ventilação é por janelas com venezianas, as camas são de concreto, impedindo a circulação de ar para o colchão, favorecendo o aparecimento de ácaros, fungos e acúmulo de poeiras e sujidades.

O que mais chama atenção é o tempo de ociosidade em que se encontram os usuários. Em todas as visitas ao local, somente um dia foi notada a presença de uma pessoa trabalhando com recorte e colagem de revistas.

No que se refere aos trabalhos sociais propostos pelo Governo Federal que busca reintegrar e resgatar a dignidade desses sujeitos à sociedade, respeitando seus direitos enquanto cidadãos, estão reduzidos somente à retirada de novos documentos. As tentativas de contato com as famílias dos municíipes que possuem parentes na cidade é lenta, como podemos observar na fala de Jade, logo abaixo:

A permanência pra quem é município, que é daqui do Guarujá a gente procura fazer um trabalho mais a longo prazo... Desde documentação até tentar resgatar o vínculo com a família, localizar algum familiar então não tem um prazo meio estipulado. Lógico que se a pessoa não aderir a

nenhum tratamento, não aderir a nada ela vai ser desligada e vai dar oportunidade pra outra pessoa que queira tá? Quando a pessoa é de outro município o prazo que a gente dá é de 5 dias e ela tem que ir embora, senão a gente não dá conta (Jade).

Embora, nessa fala, que pessoas de outros municípios tenham um prazo de 5 dias para retornar às suas cidades de origem, na prática a Casa Proteção exerce uma função de abrigo permanente, pois existem sujeitos tanto munícipes e não munícipes que estão há meses e no caso de alguns, há anos no local. Por este fato nem se consideram pessoas em situação de rua, como no caso de Jaspe que está há meses aguardando uma causa trabalhista e de Rubi, como observamos nas falas:

Rubi: eu nunca morei na rua, que eu sempre fui assim, de albergues [...] Aí vim pra cá pro Guarujá... Aí fiquei acho que 2 anos aqui dentro... Aí fui morar ali na, na... no viaduto do Munhoz, ali morei 10 anos [...] aí voltei pra cá de novo... E tô aqui desde 2012.

Jaspe: ...Mas não sou morador de rua não... pelo seguinte... eu tava trabalhando, [...] Eu tenho irmão, tenho irmã, eles tem casa aqui, mas não gosto de depender de irmão... Então eu prefiro ficar aqui... Mas não sou morador de rua não, pelo amor de Deus...

2.3.2. Local 2: Casa Esperança.

Até o ano de 2012 a população em situação de rua do Guarujá recebia atendimento na Casa Esperança localizada no Centro da cidade, bem próximo à Praia de Pitangueiras. Essa atenção era limitada, oferecia poucas atividades e não estava em conformidade com a orientação da proposta do Governo Federal, conforme se observa na fala de Ágata:

Na verdade o serviço já funcionava no CREAS né... provisoriamente até que se encontrasse um local né... pra que pudesse ter outras atividades, porque ele funcionava no CREAS com poucas atividades, aliás, com atendimento muito limitado, então, precisava de ter um prédio, um local próprio, pra que tivesse outras atividades conforme consta na proposta do Governo Federal. (Ágata).

Assim, em abril de 2012 a prefeitura alugou um imóvel localizado no Distrito de Vicente de Carvalho para que pudesse atender melhor os usuários do Centro buscando suprir as suas necessidades, oferecer atividades, enfim, cumprir as propostas das orientações técnicas do Ministério do Desenvolvimento Social - MDS (BRASIL, 2011).

O horário de atendimento aos usuários é das 08:00 às 17:00 horas, de segunda a sexta-feira. O serviço possui um livro de cadastro em que somente os ‘casos novos’ são registrados. Observações feitas pela coordenação do equipamento público, algumas pessoas não se encontravam em situação de rua nas suas cidades de origem, porém quando chegam ao Guarujá, ficaram nesta situação, como vemos na fala de Ágata: “*Vem muita gente de fora. Muita em situação de rua de fora, às vezes nem é situação de rua lá fora, mas aqui acaba ficando nessa situação*”.

O número total de usuários que procuraram pelo serviço de janeiro a dezembro de 2013 foi de 1030 pessoas, segundo os registros no livro de atendimento do equipamento público em questão. A média diária é de 30 a 35 pessoas e cadastradas por mês cerca de 70 a 80 pessoas, variando de acordo com os períodos anuais. Alguns criaram vínculo com a equipe e estão no serviço diariamente, conforme a fala de Ágata:

Em média passam por dia aqui cerca de 30 a 35 pessoas [...] olha, nós temos ai variando, tem mês que dá 70 pessoas, às vezes dá 80 pessoas, então é assim... Final de ano, temporada aumenta um pouco. Vem muita gente de fora [...] Então nós temos uma média ai de 70... 50 a 80 casos novos mês [...] em torno de 30 a 35 pessoas já criaram vínculo [...] vem com frequência, em torno de 35 pessoas...

Entretanto, mesmo com a iniciativa de se alugar um imóvel apropriado para oferecer um atendimento mais dentro das normas do Ministério do Desenvolvimento Social e combate à Fome - MDS, podemos citar que:

- a. O prédio atual é de uma residência comum. Faltam na estrutura física banheiros com chuveiros femininos separados dos masculinos para os usuários, inclusive para aqueles com deficiência física ou pouca mobilidade. Não tem espaço para lavar e secar as roupas;

b. Os armários individualizados estão quebrados, amassados, sem portas, além da quantidade insuficiente, apenas 28 em condições não muito boas, mas em uso, para o número diário de pessoas que frequentam semanalmente o serviço;

c. A localização do imóvel alugado pode ser considerada como “escondida”, para quem não conhece a cidade. Embora todos saibam onde fica Vicente de Carvalho, a rua onde está o equipamento público não possui nenhuma placa indicativa na avenida principal, dificultando o acesso de quem está chegando à cidade;

d. Faz-se necessário uma sala de reuniões para a equipe e coordenação; Um local para atendimentos seja individualizado, familiar e em grupo;

e. Alguns usuários possuem animais de rua de estimação, que ficam do lado de fora, na rua, por falta de um local adequado, conforme orientação técnica do Centro Pop, (2011), sendo algumas vezes motivos de brigas entre os próprios usuários que não possuem animais, mas que se sentem incomodados com a presença dos mesmos, além dos pedestres e vizinhos do instrumento público, que se mostram pouco simpatizantes com a presença dessa população na região.

Não obstante este instrumento público tenha apenas quase dois anos de funcionamento neste local e ainda não possua as condições ideais para desenvolver um trabalho mais integral, observa-se na fala abaixo, uma busca por parcerias para de alguma forma oferecer um trabalho mais completo, baseado num olhar mais holístico sobre os seres humanos que procuram aquele espaço público:

[...] Mas o que... que a gente verifica... que... a principal questão que a gente considera é a questão espiritual e a questão da dependência química que precisa ser trabalhado, tanto a parte espiritual precisa ser trabalhada, como a dependência química, então, pra esses dois casos nós temos atividades né, atividades religiosas uma vez por semana e temos um grupo que frequenta o CAP'S AD, que é levado com a nossa perua, nosso carro que leva e trás, e também a questão do cuidado físico deles. Então a gente, através do CAP'S AD eles são passados por exames né... E aí é uma forma da gente tá trabalhando inicialmente com essa pessoa tá?... e aí como a gente não tem o espaço adequado pra gente desenvolver outras atividades, o que a gente... A gente só tem atividades voltadas pra questão de grupos de autoajuda que seria os alcoólicos anônimos, e nós temos também um

grupo que é de auto ajuda que é da igreja católica, que é a pastoral da sobriedade. Então nós temos essas duas atividades (Jade).

Embora se observe um olhar mais amplo para essa população, as ações citadas nas falas acima são meramente assistenciais e pontuais. Não se percebe nas falas uma organização coletiva e política em busca de ações, de políticas públicas, que possibilitem mudanças reais nas condições de vida dessas pessoas.

De acordo com as Orientações Técnicas do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop, (BRASIL, 2011, p.20), estados e municípios, que aderirem a Política Nacional para População em situação de Rua, devem organizar Comitês Gestores Inter setoriais de acompanhamento e monitoramento de ações para esse grupo, com representantes das áreas de políticas públicas relacionadas a essa população, de fóruns, movimentos e entidades representativas desse segmento.

2.4. RESULTADOS

No decorrer desta pesquisa foi possível observar que cada ser humano entrevistado possui dentro de si valores e princípios éticos, que são seguidos independentemente do contexto social em que se encontram, mesmo estando em desvantagens sociais, quando comparados com os demais indivíduos da sociedade onde estão inseridos.

Em cada entrevista foi possível observar que, mesmo machucados pelo tempo, alguns apresentam esperança de dias melhores e estão como há em algumas falas “correndo atrás” de mudar de alguma forma a sua vida. Relações afetivas são construídas, mesmo com conflitos quase que diários nessa conjugalidade sem privacidade.

Mágoas paternas que dividem irmãos, lembranças maternas fazem homem chorar feito criança de colo, saudades e vergonha dos filhos pelo abandono no passado e presente nada promissor, são alguns dos sentimentos revividos no meio das entrevistas que foram dadas.

Neste capítulo apresentaremos os resultados que o estudo mostrou nas diversas visitas ocorridas nos locais escolhidos para a realização da pesquisa.

Como dito anteriormente, para atender a determinação da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que recomenda a manter o sigilo de todos os participantes, atribuímos codinomes de pedras preciosas a todos os sujeitos da pesquisa, tanto com os representantes da população em situação de rua quanto aos profissionais que com eles trabalham, como veremos a seguir:

2.4.1. Caracterizando os sujeitos da pesquisa

Esmeralda: Nascida no Guarujá, tem 27 anos, se auto define de raça negra, é solteira, tem 3 filhas que estão com sua tia e possuem 6, 5 e 1 ano de idade. Vivenciou a gravidez desta última nas ruas. Diz ter parado os estudos no ensino fundamental. Refere ter mãe, que no momento faz tratamento para câncer de mama e citou apenas uma irmã, que há anos atrás foi o que motivou sua ida para as ruas, ao flagrá-la com o marido, um ex-presidiário, em encontro conjugal. “[...] eu já fui traída, eu sei como é que é. O pai das minha filha me traiu com a minha irmã na merma cama que eu dormia...”.

Sua família mora no Guarujá, no setor da prainha, porém só consegue ter um relacionamento amigável com a tia, que tem a guarda das suas filhas. Tem vontade de sair das ruas e sonha em ser cabeleireira.

Há 3 anos convive com outra pessoa em situação de rua, numa relação conflituosa, movida por ciúmes e brigas constantes. Ela alega fidelidade absoluta, uma vez que já sofreu a dor da traição, não tem coragem de fazer o mesmo com seu companheiro, ele a ofende de todas as formas, mas a segurança de estar ao lado dele, não permite que ela o deixe.

Topázio: Natural de Piracicaba – SP, tem 43 anos, é solteiro e diz não ter filhos. Refere estar no Guarujá há 38 anos, quando foi deixado na casa de sua avó materna pela sua mãe, quando esta começou um segundo relacionamento. Tem vários parentes na cidade e faz contato com eles quase sempre.

Relata ter ido para as ruas após a morte de sua avó, quando tinha 20 anos, pois não quis entrar em disputa judicial pela casa dos avós, com os demais familiares. Admitiu ter problema com drogas nesse período. Tem vontade de sair das ruas, mas tem dificuldade de se manter no trabalho, devido as recaídas com a bebida alcoólica, embora já tenha se internado em clínicas de recuperação.

Diamante: Baiano de Mucugê, está no Guarujá há 29 anos. Tem 48 anos, é divorciado, se autodeclara branco e refere ter estudado até o ensino médio sem ter concluído. Faz 22 anos que não vê a filha, sua esposa o abandonou devido à dependência extrema de drogas e bebida alcoólica. Têm uma irmã em Praia Grande, porém o último contato foi há seis anos.

Foi para as ruas há sete anos depois que perdeu o trabalho, renda e moradia. Está retirando seus documentos pessoais e planeja voltar a trabalhar, alugar uma casa e sair das ruas.

Jaspe: Sergipano de 57 anos, solteiro, está no Guarujá há mais de 30 anos. Têm familiares na cidade, porém prefere ficar no Albergue enquanto aguarda uma questão judicial trabalhista, pois não gosta de incomodá-los. No momento encontra-se desempregado e está vivendo de pequenos trabalhos informais na construção civil.

Profissionalmente prefere ser chamado de “construtor de obras”, pois o termo **pedreiro** é como são designados os traficantes de crack na comunidade onde está localizada a Casa Proteção. Tem ex-mulher e filhos, mas estão todos em Aracaju.

Quartzo: Natural de Itu – SP está no Guarujá há 30 anos. Solteiro, nunca casou e não tem filhos. Possui alguns familiares na região de Osasco, mas há muitos anos não faz contato. Não se considera morador de rua, embora esteja no Albergue Municipal devido a perda definitiva da visão há cerca de um ano. Nega etilismo, tabagismo e leva muito a sério o tratamento de três meses (na época da pesquisa) para Tuberculose. Relata que essa perda da visão é de origem genética,

segundo os médicos que lhe atenderam, incluindo o que fez a perícia para que conseguisse o benefício da Previdência Social.

Ônix: Nascido na cidade de Propriá, região metropolitana de Aracaju – SE, tem 63 anos, se auto define negro e não concluiu o ensino fundamental. Sua ex-esposa e filha moram no Guarujá, porém não tem contato com elas há muito tempo. Relatou problema venoso em perna esquerda há mais de 30 anos, mas um ferimento há alguns anos o impossibilitou de trabalhar em posto de gasolina como frentista, levando-o a pedir demissão por não conseguir trabalhar. Não teve nenhuma orientação sobre afastamento do trabalho para tratar desse ferimento.

Rubi: Natural de São Miguel Paulista, Zona Leste de São Paulo, chegou a Santos de trem e foi conduzida até o Guarujá depois que um morador de rua lhe acompanhou até a cidade em 1999. É separada do marido há 30 anos, que a deixou na estação da Luz em São Paulo, ficando com as filhas, crianças na época, pois segundo Rubi, era ele quem tinha condições financeiras de criá-las, ela não tinha nada.

Viajou por diversas cidades da Baixada Santista entre 2002 a 2012, quando retornou, permanecendo na Casa Proteção até hoje.

Analizando o perfil dos entrevistados nesse estudo, podemos observar que todos eles apresentam em suas narrativas conflitos familiares antigos e recentes, e que interferem diretamente no presente de cada um. Muitos desses atritos se não tiveram as drogas ilícitas e o etilismo como fatores determinantes de suas idas para as ruas, no mínimo contribuíram para tal desfecho. O desemprego, a baixa escolaridade e com ela a falta de qualificação profissional são fatores que também estão presentes entre os entrevistados.

As atuais condições de saúde dos participantes desse estudo são relativamente recentes, quando comparadas com o período em que os mesmos se encontram nessa situação. Assim, não podem ser consideradas como determinantes da ida dessas pessoas para as ruas, mas com certeza interferem na permanência destes nesse contexto de rua.

2.4.2. Caracterizando os Profissionais que trabalham com a População em Situação de Rua - PSR.

Ágata: De origem nordestina, está no Guarujá desde 1999. Tem 48 anos e possui formação em Serviço Social há oito anos. Desde 2012 que trabalha especificamente com população em situação de rua. Não obstante aos desafios que é trabalhar em equipe, procura ter um bom relacionamento com aqueles que estão sob sua coordenação. É detalhista na investigação da anamnese social que levanta sobre cada pessoa que busca o serviço. Mostrando-se empenhada em oferecer atividades e oportunidades que proporcione a saída dessas pessoas das ruas, mostrando uma visão holística sobre cada ser humano que procura atendimento no equipamento que está sob sua responsabilidade.

Jade: Não informou a idade. Formada em Serviço Social desde 2005, trabalha na Casa Proteção há quatro anos. No primeiro contato realizado após autorização da Secretaria de Ação Social e liberação do Comitê de Ética, mostrou-se muito receptiva com a pesquisa. Mas conforme foi tomando conhecimento sobre o Instrumento da coleta de dados e percebeu questões de ordem política, optou por ficar mais reservada e meticulosa com as palavras quando questionada nas entrevistas. Limitava-se a responder somente aquilo que realmente era questionado, em poucas ocasiões se deixava falar um pouco mais.

Ametista: Tem 56 anos, é psicóloga formada em 1989 e ocupa a função de Coordenadora de Saúde Mental, da Secretaria Municipal de Saúde – SMS desde 2009. No começo da entrevista mostrou-se receptiva com a pesquisa, embora algumas das suas respostas fossem um pouco evasivas, além de não ter números reais sobre o número de atendimentos oferecidos à população em situação de rua, que utiliza os equipamentos públicos que prestam serviços de saúde para esse público específico.

2.4.3. Perfil dos participantes entrevistados na pesquisa.

Dentre os objetivos traçados no projeto dessa pesquisa, um era delinear o perfil sócio econômico da população em situação de rua do Guarujá, por meio dos cadastros dos usuários que frequentam os dois equipamentos públicos do município. A escolha desse método foi pensada por saber da existência de um instrumento de cadastro completo, que permite a identificação e elaboração completa de um diagnóstico social de cada sujeito que procura esses equipamentos.

O preenchimento adequado desse documento oficial do município (anexo 1) contribuiria para a construção de um perfil social e econômico completo dessa população. Entretanto, a análise inicial de algumas dessas fichas detectou a falta de informações que ajudariam na formulação desse perfil social e econômico desse grupo, por preenchimento incompleto dos dados.

Assim, os resultados que iremos apresentar agora, estão relacionados aos sete sujeitos representantes da população em situação de rua entrevistados que utilizam os dois equipamentos públicos da cidade do Guarujá.

2.4.4. Idade e Tempo de permanência nas Ruas.

Com relação à idade e ao tempo de permanência na rua desses sujeitos podemos observar no Quadro 3 que dos sete entrevistados, quatro relatam se encontrar em situação de rua por um período de 20 anos, quando se analisa com a idade percebe-se ainda que todos estavam dentro de uma faixa etária produtiva economicamente falando.

A pessoa que tem a menor idade, 27 anos, relata estar nas ruas há seis anos. O entrevistado com a segunda menor idade refere que se encontra em situação de rua desde os 20 anos de idade. Em ambos os casos, esses dois sujeitos tendem a repetir o mesmo tempo de permanência nas ruas, que os demais entrevistados.

Quadro 3 - Relação entre idade e tempo de permanência nas ruas.

IDADE E TEMPO DE PERMANÊNCIA NAS RUAS

Relação entre idade e tempo de permanência nas ruas							
Codinomes	EsmERALDA	Topázio	Diamante	<u>Jaspe</u>	<u>Quartzo</u>	Ônix	<u>Rubi</u>
Idade	27 anos	43 anos	48 anos	57 anos	60 anos	63 anos	65 anos
Tempo nas ruas	6 anos	23 anos	7 anos	1 ano	2 anos	20 anos	20 anos

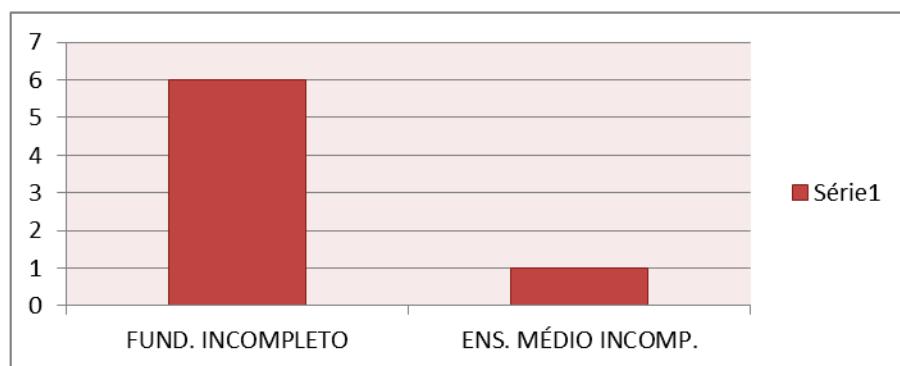
Os entrevistados, Jaspe, Quartzo e Rubi, não se consideram pessoas em situação de rua, embora estejam na condição de albergados. Jaspe aguarda uma causa trabalhista, Quartzo tem cegueira bilateral decorrente de Retinose pigmentar, impossibilitando qualquer tentativa de morar sozinho.

Enquanto Rubi, que há vinte anos está nas ruas, mas desde que chegou ao Guarujá há quinze anos que fica na Casa Proteção, essa permanência prolongada lhe confere uma segurança que permite dizer que não é pessoa em situação de rua.

2.4.5. Escolaridade da População de rua entrevistada.

Quanto à escolaridade dos participantes, todos relataram ter estudado. Seis dos entrevistados não concluíram o ensino fundamental básico, apenas um participante afirmou ter parado com os estudos na primeira série do ensino médio.

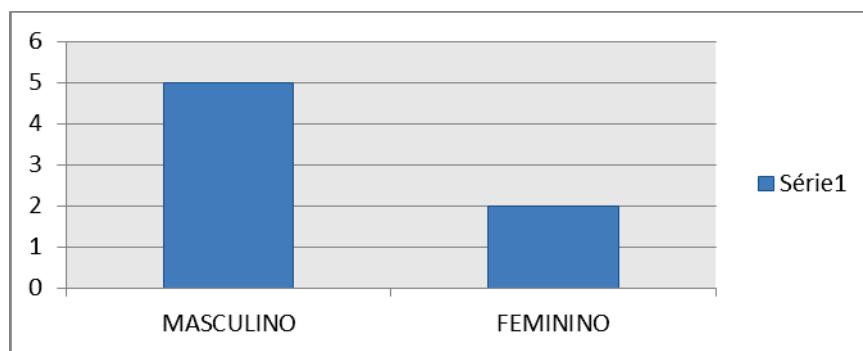
Gráfico 3 - Escolaridade da população de rua entrevistada.



2.4.6. Gêneros:

Foram cinco homens e duas mulheres do total dos sete participantes entrevistados. Esse número reafirma a predominância do sexo masculino conforme estudos anteriores que confirmam que a população em situação de rua é predominantemente masculina, 82% (BRASIL, 2008,).

Gráfico 4 - Diferença de gêneros entre a população de rua entrevistada.



2.4.7. Motivação geradora da ida para as ruas.

Quando os entrevistados foram questionados sobre a motivação principal que culminou com a ida e permanência dos mesmos para as ruas, as respostas foram as seguintes, descritas no quadro 4, que também confirma estudos anteriores (BRASIL, 2008, p. 7).

Quadro 4 - Motivação principal de chegada e permanência nas ruas.

Codinomes	Motivação de ida para as ruas
Esmeralda	Conflitos familiares e drogas
Topázio	Conflitos familiares e drogas
Diamante	Dependência Química e separação conjugal
Jaspe	Desemprego e dependência química.
Quartzo	Não se considera morador de rua
Ônix	Desemprego por Incapacidade Física.
Rubi	Separação Conjugal.

Segundo dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS (2008), os principais motivos pelos quais essas pessoas passaram a viver e morar nas ruas estão relacionados a problemas com alcoolismo e/ou drogas (35,5%); desemprego (29,8%) e desavenças com pai/mãe/irmãos (29,1%).

Esse estudo realizado no Guarujá confirmou o que a pesquisa do MDS realizada em 2008, mostrou que, 71,3% dos entrevistados citaram pelo menos um desses três motivos e que “*podem estar correlacionados entre si ou um ser consequência do outro*” (MDS, 2008, p.7).

2.4.8. Cidade de Origem, Período no Guarujá e Tempo de Permanência na Casa Proteção.

O Quadro 5 descreve a cidade de origem ou estado de nascimento dos 7 entrevistados representantes da população em situação de rua, o período que estão no Guarujá, bem como o tempo de permanência daqueles que estão na condição de moradores da Casa Proteção.

Quadro 5 - Cidade de origem, Tempo no Guarujá e período na Casa Proteção.

Codinomes	Cidade Natal	Período no Guarujá	Idade dos Entrevistados	Período na Casa Proteção
Esmeralda*	Guarujá/SP	Município	27 anos	7 anos nas ruas*
Topázio	Piracicaba/SP	32 anos	43 anos	11 anos
Diamante*	Mucugê/BA	29 anos	48 anos	6 anos nas ruas*
Jaspe	Propriá/SE	30 anos	57 anos	8 meses
Quartzo	Itu/SP	30 anos	60 anos	2 anos
Ônix	Aracaju/SE	20 anos	63 anos	9 anos
Rubi	São Paulo – SP	15 anos	65 anos	15 anos: com uma saída e retornos há 2 anos.

*Esses entrevistados são usuários da Casa Esperança.

Esse Quadro 5 descreve bem o tempo prolongado de permanência na Casa Proteção. Aponta para uma morosidade nas tentativas de contato com as famílias dos que possuem parentes na cidade em busca de uma reaproximação, tanto para municíipes quanto para quem é de fora da cidade. O cumprimento do prazo estipulado para resgatar o vínculo com familiares em ambos os casos, é praticamente inexistente, contrariando a fala que observamos:

A permanência pra quem é munícipe, que é daqui do Guarujá a gente procura fazer um trabalho mais a longo prazo... Desde documentação até tentar resgatar o vinculo com a família, localizar algum familiar então não tem um prazo meio estipulado. Lógico que se a pessoa não aderir a nenhum tratamento, não aderir a nada ela vai ser desligada e vai dar oportunidade pra outra pessoa que queira, tá? Quando a pessoa é de outro município o prazo que a gente dá é de 5 dias e ela tem que ir embora, senão a gente não dá conta (Jade).

Todos os entrevistados da Casa Proteção tiveram várias passagens pelo local, antes desse período longo. Isso nos direciona a pensar em algumas situações: a facilidade de entrar e sair que o sistema permite, a permissividade da máquina pública na hora de cumprimento dos prazos estipulados, falhas na implantação e cobrança de adesão a tratamentos, para aqueles que tem problemas com dependência química nos programas de reabilitação, conforme orienta a Política Nacional do Governo Federal para essa população (BRASIL, 2008).

2.4.9. Familiares no Guarujá e último contato.

Dos sete entrevistados desse estudo, quatro tem algum familiar residente na cidade. Conhecem seus domicílios e mantêm contato, exceto Ônix que a filha não mora no país.

Quadro 6 - Familiares no Guarujá e último contato.

Codinomes	Família no Guarujá	Grau de Parentesco	Local onde residem	Último Contato
Esmeralda	Sim	Mãe e irmã	Morrinhos	Dezembro de 2013
Topázio	Sim	Tios	V. Áurea, V. Zilda, Santo Antonio, Jd. Progresso e Cachoeira.	Todo mês
Diamante	Não	Irmã	Praia Grande:	Sem Contato
Jaspe	Sim	Irmãos	Jd. Boa Esperança	Semanal
Quartzo	Não	Irmãos	Cidade de Osasco:	Sem Contato
Ônix	Sim	Filha	Santa Rosa	Sem Contato
Rubi	Não	Irmã	Cidade de São Paulo	Sem Contato

O Quadro acima confirma a pesquisa em que 51,9% dos entrevistados da população em situação de rua no Brasil, possuem algum parente que reside na cidade onde se encontram e 38,9% deles não mantêm contato com esses parentes. (BRASIL, 2008, p.10).

2.4.10. Ocupação/Profissão da População de Rua do Guarujá.

Quando questionados sobre vínculos ocupacionais, todos os entrevistados relataram possuir uma ocupação ou profissão como atividade geradora de rendimento antes de se encontrarem nessa situação de rua, como podemos observar logo abaixo no Quadro 7.

Entretanto, embora os entrevistados relatem possuir uma ocupação, em nenhum momento foi observado ou verbalizado por parte dos gestores municipais uma ação ou intenção de reinserção desses profissionais no mercado de trabalho

para aqueles que possuem profissão definida, sem limitações físicas, e/ou redirecionamento laboral para aqueles com limitações de locomoção ou outras.

Quadro 7 - Ocupações/profissões relatadas pela população em situação de rua no Guarujá.

Profissão da população em situação de rua do Guarujá por eles relatadas.

Codinomes	Profissão
Esmeralda	Cuidadora de Idosos e faxineira
Topázio	Garçom
Diamante	Paisagista
Jaspe	Soldador
Quartzo	Mecânico de Caminhões e Trator
Ônix	Frentista
Rubi	Cuidadora de idosos, artesã e cozinheira.

Que todos possuem uma profissão ou ocupação, mas o seu sustento não provem de nenhuma delas, é fato. Mas como eles se mantêm nas ruas? Há alguma fonte de renda, se houver, de onde que eles recebem? Para responder a esses questionamentos, as falas dos entrevistados nos deram a seguinte resposta, descrita no Quadro 8:

Quadro 8 - Rendimento da população em situação de rua no Guarujá.

Rendimentos	Valor (em Reais)	N
Bolsa Família	R\$ 72,00	3
Venda de Material Reciclável	≤ A R\$ 100,00	1
Benefício – INSS	R\$ 724,00	1
Sem Renda	R\$ 0,00	2
Total		7

Fonte: Relato dos usuários participantes da pesquisa.

Dos sete entrevistados, três possuem auxílio do Programa Bolsa Família – PBF.

2.4.11. Problemas de Saúde encontrados na população de rua entrevistada.

Quando identificamos os tipos de problemas de saúde que acometem essa parcela da população em extrema vulnerabilidade social no município do Guarujá, várias foram as enfermidades encontradas, como foram descritas no Quadro 9, que veremos abaixo:

Quadro 9 - Doenças diagnosticadas na população em situação de rua no Guarujá.

Codinomes	Doenças Diagnosticadas entre a população em situação de rua no Guarujá
Esmeralda	Bronquite Crônica e Relato de nódulo em mama esquerda
Topázio	HAS + Diabetes Descompensada
Diamante	Micoses de pele + Suspeita de Tuberculose
Jaspe	Bronquite Crônica
Quartzo	Cegueira decorrente de Retinose Pigmentar + Tuberculose
Ônix	Úlcera Varicosa em MIE + Amputação de dedos do Pé Esquerdo
Rubi	Artrose com desgaste da cartilagem entre as articulações do fêmur-quadril + HAS.

2.4.12. Relação entre Profissão e Incapacidade Física.

Embora todos relatam possuir uma ocupação ou profissão, a presença das patologias, descritas no Quadro 10, servem de argumentos para que alguns dos entrevistados não desenvolvam nenhuma ocupação profissional como fonte de renda.

Quadro 10 - Relação Ocupação/profissão com patologias relatadas.

Codinomes	Profissão	Incapacidade Física
Esmeralda	Cuidadora de Idosos e faxineira	Bronquite Crônica e Relato de nódulo em mama esquerda
Topázio	Garçom	HAS + Diabetes Descompensada
Diamante	Paisagista	Micoses de pele + Suspeita de Tuberculose
Jaspe	Soldador	Bronquite Crônica
Quartzo	Mecânico de Caminhões e Trator	Cegueira decorrente de Retinose Pigmentar + Tuberculose
Ônix	Frentista	Úlcera Varicosa em MIE + Amputação de dedos do Pé Esquerdo
Rubi	Cuidadora de idosos, artesã e cozinheira.	Artrose com desgaste da cartilagem de articulação do fêmur-quadril + HAS.

Somente um dos sujeitos, que tem cegueira decorrente de Retinose Pigmentar e faz tratamento para Tuberculose há alguns meses, que se observa pesar por não conseguir exercer sua profissão de mecânico de caminhões e tratores e também relato de discriminação dentro da Casa Proteção, por parte de outros usuários.

Ao analisarmos as doenças e comorbidades que afetam a população em situação de rua do Guarujá, e tomarmos por base somente essas patologias, podemos considerar que apenas três usuários Quartzo, Ônix e Rubi possuem indicação clínica para permanecerem como ‘moradores’ na Casa Proteção, por assim dizer. Somente esses três usuários estão acima de 60 anos, mas no caso de Ônix, este possui família residindo no Guarujá.

Apenas Quartzo e Rubi que não possuem familiares na cidade teriam ‘indicação’ social, para permanecerem no equipamento público ou serem encaminhados para um abrigo para idosos.

2.4.13. Política Pública de Assistência Social para População em Situação de Rua no Guarujá.

Foram realizadas duas entrevistas com as assistentes sociais dos equipamentos públicos de atendimento a população em situação de rua, e uma com a coordenadora de Saúde Mental do município, a fim de identificar quais ações voltadas para essa população estão ou serão implantadas na cidade do Guarujá.

Foi possível observar em uma das falas que um possível planejamento para a população em situação de rua no Guarujá, partia em primeiro lugar da entrevistada Ametista, que já tinha em mente uma pessoa da sua confiança para trabalhar com esse público alvo, como vemos na fala:

[...] **eu tenho** uma terapeuta ocupacional, que é a '**jasmim**' (esse nome é fictício, para manter o sigilo dessa pessoa citada na entrevista), ela trabalha no CAP'S III, que ela desde o começo... que **eu assumi** essa coordenação, ela ficou... até no começo quando **eu fiz a minha** estrutura, o **meu** planejamento pra essa área, **eu** a coloquei pra ficar como responsável por essa área, dos moradores de rua, do trabalho em rede... ficar né, pegando aqueles casos que estão escapando né, que estão soltos na sociedade... e enfim trabalhando nisso, né... (grifos nossos) (Ametista).

A ausência de preocupação com a população em situação de rua no ano de 2009 ficou evidente quando afirma em seu relato, que uma função seria criada para essa pessoa, e que o secretário de saúde da época comunicou que não haveria estrutura para esse público, como se observa na fala:

Infelizmente, na época o secretário disse que naquela parte, não iria criar estrutura. Ela é uma pessoa maravilhosa, assim super dedicada... Ela ficou mesmo sem ter essa função criada pra ela. (Ametista).

Em nenhum momento da entrevista, e após análise das falas, não se observou uma iniciativa ou vontade política que pudesse ser atribuída ao gabinete da gestão pública. O que ficou bem nítido foi relatado na fala anterior, mas que representa a vontade de uma coordenação de fazer algo por essa parcela da população que se encontra em situação de rua, em extrema vulnerabilidade social.

Analisando as falas de Jade com relação às ações que possibilitem o retorno dessas pessoas às suas famílias e consequentemente das ruas, ficou

evidente que tais ações são limitadas ao transporte dos usuários aos serviços de saúde para consultas ou tratamento médico, nos Centros de Atendimento Psicossocial – CAP's III ou CAP's AD, ou ainda para a retirada da segunda via de documentos pessoais. Tais ações são orientações previstas na Política Nacional para esta população (BRASIL, 2008).

Embora acredite que houve uma melhora, Jade aponta algumas dificuldades do serviço relacionadas com a saída dessas pessoas das ruas. A primeira é a facilidade que os usuários da Casa Proteção têm em conseguir drogas e álcool, devido à proximidade com a favela na comunidade; a segunda envolve o fato de nenhum usuário do serviço conseguir trabalho com encaminhamento do Programa de Atenção ao Trabalhador – PAT, devido ao preconceito; e a terceira é a falta de adesão ao tratamento da dependência química, pois muitos iniciam o tratamento, mas logo abandonam como veremos nas falas:

Eu acredito que a gente faz o possível, mas é muito difícil competir com a rua... Né? Eu acho que hoje em dia melhorou bastante... (Jade).

A gente faz toda a parte de documentação, a gente leva no Programa de Atenção ao Trabalhador - PAT, quem tem dependência química a gente leva e busca no CAPS-AD, faz esse acompanhamento, né, só que a bebida e a droga tão ai... Em qualquer lugar, o local também onde o [...] está acaba dificultando essa saída da rua, pela facilidade do acesso a droga ou álcool... (Jade).

[...] Toda semana levam um grupo no PAT, pra fazer o cadastro. Só que nunca consegui através do PAT... Porque existe o preconceito, né? Entendeu? (Jade).

Eu acho que o que falta mais é a questão de oportunidade de trabalho mesmo, e essa adesão do tratamento pra quem é... A maioria é dependente ou de álcool ou de outras drogas... A maioria, e essa adesão ao tratamento que fica falha... Começam mais não dão continuidade... (Jade).

No relato de Ágata, que coordena a Casa Esperança, devido à falta de espaço adequado para outras atividades, a assistência consiste em levá-los para o Centro de Apoio Psicossocial - CAP's AD para realização de exames laboratoriais e consultas médicas; buscar parcerias com grupos de autoajuda como os Alcoólicos Anônimos – AA, a Pastoral da Sobriedade da Igreja Católica, além de parcerias com igrejas evangélicas, para que estas possam oferecer além de sopas e outros alimentos, auxílio espiritual e cursos profissionalizantes. Para Ágata, avaliar a

questão espiritual e física é importante na recuperação do individuo em situação de rua, como podemos ver nas falas abaixo:

Então, pra esses dois casos nós temos atividades né? Atividades religiosas uma vez por semana e temos um grupo que frequenta o CAP's AD, que é levado com a nossa perua, [...] que leva e trás, e também a questão do cuidado físico deles. Então a gente, através do CAP's AD eles são passados por exames né? E aí é uma forma da gente tá trabalhando inicialmente com essa pessoa... (Ágata).

Como a gente não tem o espaço adequado pra gente desenvolver outras atividades, o que a gente... A gente só tem atividades voltadas pra questão de grupos de autoajuda que seria os Alcoólicos Anônimos, e nós temos também um grupo que é de autoajuda que é da igreja católica, que é a pastoral da sobriedade. Então nós temos essas duas atividades. (Ágata).

Então, as igrejas que se dispuserem a ajudar nós vamos estar criando uma parceria pra que a gente ofereça pra eles né? (Ágata).

Primeiro você tem que procurar... Ver a questão espiritual, física... E aí pedir ajuda, a parceria para essas igrejas no sentido de que algum curso, alguma coisa que eles possam fazer para além das sopas que eles oferecem, para que realmente a gente tenha condições de tirar essa pessoa da rua. (Ágata).

Entendemos que para compreender o contexto em que se encontra uma pessoa em situação de rua, uma análise completa desse sujeito, numa visão holística é imprescindível. Se para a compreensão e análise desse indivíduo é necessário um olhar amplo, o resgate do mesmo também precisa ser feito com o envolvimento de toda a sociedade, inclusive e principalmente do poder público.

CAPITULO III: CONHECENDO OS ESQUECIDOS.

“A rua, concreta, discreta.
Nos mostra a frieza da sociedade
E a tristeza de um povo esquecido (...”).

(Trecho do Poema “A Rua” de Mariana Zayat Chammas).

A discussão dos resultados dessa pesquisa foi efetuada a partir de três Eixos de Análise, quais sejam: Eixo 1: Condições de Vida sub dividido em: Viver na rua e da rua, Percepção de risco dos moradores de rua e Perspectiva de futuro dos moradores de rua; Eixo 2: Saúde, doença e acesso aos serviços de saúde, subdividido em: Doenças identificadas, diagnosticadas e formas de tratamento, acesso aos serviços e uso de medicamentos e políticas de saúde voltadas para a população em situação de rua; e no Eixo 3 é discutido as representações do morador de rua sobre saúde e doença.

Porém, como esse estudo teve por proposta pesquisar um grupo reconhecidamente composto por sujeitos excluídos socialmente, consideramos importante tecer algumas considerações sobre vulnerabilidade e risco social para dar prosseguimento à discussão dos resultados, uma vez que esses conceitos estão intimamente vinculados à vida na rua e da rua.

Segundo PINTO (2012, citando Alves 1994), o conceito de vulnerabilidade originou-se na área do direito internacional designando, em sua origem, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na proteção ou na garantia de seus direitos de cidadania.

Entretanto, foi a partir da publicação do livro *Aids in The World*, parcialmente editado no Brasil em 1993, que o conceito de vulnerabilidade passou a fazer parte do campo da saúde, como resultado de um processo relacionado entre o ativismo diante da epidemia de HIV/AIDS e o movimento dos Direitos Humanos (AYRES, 2003).

Os primeiros trabalhos sobre vulnerabilidade social foram desenvolvidos e motivados pela preocupação em abordar de maneira mais integral e completa o

fenômeno da pobreza, bem como as diversas modalidades das desvantagens sociais. (PINTO, 2012).

Por este conceito ser ainda recente, vários estudiosos da América Latina têm colaborado para a construção teórica e metodológica do enfoque da vulnerabilidade social, entre eles ABRAMOVAY et. al. (2002, apud PINTO, 2012) que consideram vulnerabilidade social como:

O resultado negativo da relação entre a disponibilidade dos recursos materiais ou simbólicos dos atores, sejam eles indivíduos ou grupos, e o acesso à estrutura de oportunidades sociais, econômicas, culturais que provêm do Estado, do mercado e da sociedade. (p.12)

Assim, a vulnerabilidade pode ser compreendida como um conjunto de características, recursos e habilidades inerentes a um dado grupo social que se revelam insuficientes, inadequados ou difíceis para lidar com o sistema de oportunidades oferecido pela sociedade, de forma a ascender a maiores níveis de bem-estar ou diminuir probabilidades de deteriorização das condições de vida de determinados atores sociais (VIGNOLI, 2001 apud PINTO, 2012).

Estudiosos como ABRAMOVAY et. al. (2002); FILGUEIRA, (2001 apud PINTO, 2012), fazem referência a três elementos essenciais à conformação de situações de vulnerabilidade de indivíduos, famílias ou comunidades: recursos materiais ou simbólicos, também chamados de ativos estruturais de oportunidades dadas pelo mercado, Estado e sociedade e estratégias de uso dos ativos.

Assim como o conceito de vulnerabilidade está longe de reunir um termo único e decisivo, a definição de risco também apresenta concepções contraditórias e antagônicas entre si.

Segundo AREOSA (2008), a definição de risco apresenta variações devido aos diversos contextos sociais onde é produzida, dependendo ainda de emoções, sentimentos e da própria percepção de riscos que os atores sociais possuem.

Para estudiosos como Douglas e Wildavsky (1982 apud AREOSA 2008) o risco é entendido como algo carregado de significados, fortemente influenciado de valores e crenças sociais, ou seja, algo culturalmente construído.

Na perspectiva culturalista, a avaliação de riscos e a preocupação em aceitar determinados riscos levantam além de questões psicológicas, desperta ainda

problemas sociais, uma vez que a percepção de risco é vista como uma resposta cultural às diversas ameaças sofridas seja pelo indivíduo ou pelos grupos sociais, seja de qualquer ordem econômica, política, bélica, industrial, comercial, etc., não apenas no tocante às desigualdades sociais.

Assim, quando se interroga sobre “o que é risco?”, verifica-se que se trata de uma questão complexa, e de difícil definição, onde seus limites são amplos, uma vez que sua noção se converte em múltiplos significados e conotações sociais que veem carregadas de influência familiar e do meio onde cada indivíduo convive. Assim, consideramos pertinente neste estudo essa breve introdução aos eixos de análise propostos nessa discussão.

3.1. EIXO 1: CONDIÇÕES DE VIDA

Ao estudar a temática das populações em situação de rua é preciso primeiro distinguir quem “*fica na rua circunstancialmente*”, quem “*está nas ruas recentemente*” e quem “*é das ruas permanentemente*”. A distinção desses termos funde-se na visão de permanência na situação de rua, como um fator de cronicidade (VIEIRA e COL, 1994, p.93 *apud* VARANDA, 2003, p.58).

Se considerarmos a complexidade de fatores que estão inter-relacionados no processo de ida para as ruas, esclarecer os termos acima, se tornam indispensáveis no processo de análise das condições de vida que essas pessoas se encontram.

A precariedade das condições de vida relacionadas à moradia, alimentação, trabalho, higiene, educação, saúde, segurança entre outros direitos furtados se fazem notórios, as pesquisas nacionais apenas mostram em números a desigualdade que nem sempre agrada os olhos de quem não quer ver.

Sem sombra de dúvidas que o trabalho sempre ocupou o centro das transformações na vida do ser humano, tanto individual quanto coletivamente. Desde a era primitiva que o ser humano está envolvido com o trabalho, que este sempre ocupou a centralidade no universo das atividades humanas. Para Marx e Engels (2002, 10-11, *apud* Silva, 2009, p.38) “é pelo trabalho que o homem se distingue dos outros animais”. A mudança na forma corporal modificou e dominou a

natureza, subjugando-a a servi-lo, marcando em seus recursos utilidade a vida humana. O trabalho como produção dos meios de subsistência reflete na produção de sua vida material, e consequentemente do seu modo de vida (*apud*, 2009).

A experiência individual e, a forma como cada pessoa reage aos efeitos sociais na sua trajetória de vida até as ruas e consequente instalação dessa situação é muito particular e subjetiva. Entretanto, é possível observar que nas três últimas décadas transformações socioeconômicas deste período estabelecem algumas relações com o surgimento do fenômeno população de rua (VARANDA 2004).

3.1.1. Viver na rua e da rua

A compreensão da estratégia de sobrevivência das populações tem que ter em conta o contexto do qual os resultados estão inseridos:

As acções práticas e estratégicas desenvolvidas pelos actores sociais com vista à sobrevivência “simples” e à satisfação das necessidades básicas são, como quaisquer outras acções humanas, social e culturalmente construídas (BOURDIEU, 2002: 67).

As estratégias de sobrevivência, considerando-se que estas se colocam como a construção do processo e do projeto de vida desses sujeitos, no sentido de buscar o que querem e o que podem construir a partir das forças de que dispõem, ou seja, a sua capacidade para enfrentar as dificuldades mediatas e imediatas para sua reprodução social.

Sobreviver significa continuar a viver, a ser, a existir depois de outra coisa ou pessoa, resistir, fazer face, afrontar com firmeza. Estratégias supõem também a capacidade de reestruturar-se diante das vicissitudes da vida e fortalecer sua identidade, criar condições próprias para sobreviver. As estratégias implicam esforço e investimento pessoal para reproduzir-se e representar-se. Como diz Faleiros (1997):

Reproduzir-se é atender às necessidades de sobrevivência nas relações sociais dadas historicamente e representar-se significa o processo de reconstrução da identidade [...] as necessidades humanas básicas são

objetivas e seu não atendimento traz ameaça à própria vida ou sério prejuízo a ela [...] (p.76).

Os sociólogos David Snow e Leon Anderson, professores de sociologia das Universidades do Arizona e de Ohio respectivamente, discutiram amplamente no livro *Desafortunados – Um estudo sobre o povo da rua* (1998) e destacaram por menores as rotinas diárias com suas variações, bem como as estratégias e lutas pela sobrevivência material, social e psicológica dessas pessoas que vivem em situação de rua.

Robert Castel foi outro estudioso do fenômeno população de rua, traçando um amplo panorama histórico da ‘sociedade salarial’ moderna na França. Em seu trabalho intitulado *As metamorfoses da questão social – uma crônica do salário* (1995), o pesquisador discute a realidade histórica da sociedade na Europa, mas principalmente a francesa.

É certo que esse estudo de Castel (1995) apresenta uma discrepância quando comparado com as questões sociais no Brasil, uma vez que sobre nosso país existe um quadro de desigualdades e injustiças sociais crescentes, disfarçado numa cidadania restrita, de um Estado que sequer constituiu-se em Estado Social, mas que já transferiu as suas responsabilidades com a questão social, antes burocrática e segregária e agora empenhada em desmembrar serviços públicos essenciais, eliminando direitos básicos, isolando conflitos sociais que buscam a garantia desses direitos (CASTEL, 1995).

É exatamente nesse ponto em que o trabalho de Castel (1995) desperta para uma análise mais profunda a respeito das assimetrias e desigualdades estruturais dessa herança política, cultural e histórica da sociedade brasileira.

Segundo Snow e Anderson (1998), o ‘povo da rua’ está situado nos níveis mais baixo de pobreza. Pesquisar sobre essa população, os mais destituídos e degradados de todos os sem-teto é em muitos aspectos, uma retrospectiva da população flutuante das cidades no período pré-industriais europeus na fase de industrialização no século XIX (SNOW e ANDERSON, 1998). Segundo esses autores, “descrever os moradores de rua em termos tão amplos desvia a atenção de suas vidas cotidianas e obscurece variações significativas entre eles”. (p.71).

No trabalho os Desafortunados – Um estudo sobre o povo da rua, Snow e Anderson (1998) apresentam uma tipologia fundamentada e defendida em dois princípios centrais dos moradores de rua. No primeiro, que o comportamento dessa população não pode ser plenamente compreendido fora do contexto em que ocorreu os fatos, sugerindo “que os comportamentos dos moradores de rua deveriam ser vistos sobretudo como adaptações a necessidades ambientais”. (p.75).

O segundo princípio é que os padrões comportamentais podem ser melhores compreendidos na medida em que vão se desenvolvendo no decorrer do tempo. Esses padrões a nível coletivo indica a necessidade de uma avaliação mais adequada entre a relação tempo nas ruas e padrões de comportamento. E a nível individual, exige a consideração de carreiras de rua (SNOW e ANDERSON, 1998).

A fim de trabalhar melhor esses dois princípios, esses pesquisadores trabalharam a partir da conceituação de subculturas, do contexto em que se encontram os moradores de rua (SNOW e ANDERSON, 1998). Para eles, as subculturas tendem a se fortalecer entre um conjunto de pessoas que partilham um ou mais traços ou dilemas em comum, com interesses mútuos e com provável associação.

Para eles, as ‘sementes’ das quais as subculturas brotam estão:

[...] estruturalmente fincadas, os elementos comportamentais (o que as pessoas fazem), de artefato (o que produzem ou usam para produzir) e cognitivos (os significados que as pessoas dão às coisas) que se unem para conferir a uma subcultura o seu traço distintivo podem ser em parte interpretados como adaptações a necessidades e oportunidades estruturais. (SNOW e ANDERSON, 1998, p. 76).

Assim como todas as demais pessoas da sociedade têm que suprir suas necessidades básicas e construir um senso de significado e amor-próprio, as pessoas em situação de rua também possuem as mesmas necessidades para serem supridas, porém, sem os recursos e a estrutura de apoio social que a maior parte da sociedade possui (SNOW e ANDERSON, 1998). Para esses autores “[...] a vida nas ruas é frequentemente permeada de um senso onipresente de incerteza.

Não há garantias de que o que facilitou a sobrevivência hoje funcionará amanhã". (p. 78).

Embora as motivações para que uma pessoa se torne parte das ruas sejam as mais variadas, esse estudo demonstrou que as rupturas familiares foram predominantes, e que uma parte significativa dos entrevistados assumiram os riscos de permanecer nas ruas, passando assim a viver nas ruas e das ruas.

A Política Nacional de Assistência Social – PNAS (2005) objetivando a inclusão e a equidade dos usuários e grupos específicos (incluindo a população em situação de rua), ampliando o seu acesso aos bens e serviços Socioassistenciais básicos e especiais, se contrapõe ao preconizar que as ações no âmbito da assistência social tenham a centralidade na família.

Centralizar essa assistência na família quando os vínculos estão rompidos, acaba por aumentar a vulnerabilidade daqueles que já se encontram em situação de rua, negligenciando direitos básicos e fundamentais quanto a sobrevivência como moradia, alimentação, saúde, segurança, trabalho e educação. A Pesquisa Nacional de 2008 mostra que a maioria tem familiares nas cidades onde ‘moram’, trocam contatos, porém não reestabelecem os vínculos afetivos.

Quando questionados sobre a família e sobre quanto tempo foi o último contato com esses familiares, responderam:

Tenho, mas eu não quero falar com ninguém não [...] ixiii, é tempo. Pá falar a verdade no natal eu fui na minha mãe, mas aí nós num se dá bem ai eu vim embora. (Esmeralda)

[...] eu tinha 5 ano de idade quando ela deixou eu na casa da minha avó... Veio vê algumas vez... Nessa época eu tinha um pouquinho de problema com droga, ai ela viu uma vez, veio visita e me viu drogado, ficou com medo... Ai largou... Num quis me ajudar e deixou de mão... (Topázio)

[...] aí minha vó e meu vô faleceu e eu fui pra rua de vez... Não quis mais casa, a parte dela da casa eu não quis saber, todo mundo ficou brigando pela casa e não voltei mais... [...] Eu tinha uns 20... por aí... (Topázio).

Aqui eu vim quando meu marido me largou né? Ele me largou e tirou as meninas, porque ele é quem tinha... Eu não tinha nada, é como num tenho até hoje, tanto que tô aqui no [...] né? Do mesmo jeito. (Rubi).

O resgate dos vínculos afetivos dessa população com seus familiares é tão complexo quanto às causas que os levaram a essa condição social. Muitos já estão

há tanto tempo nas ruas, distantes de suas famílias, que qualquer tentativa de reaproximação gera conflitos entre os familiares que já refizeram suas vidas, não havendo espaço para quem está nas ruas há tanto tempo.

No contexto brasileiro, a instituição, a função da palavra ‘casa’, representa um sentido de segurança para quem não está nas ruas, e quando alguém que estava fora a muito tempo surge, gera insegurança no seio familiar de quem se sente seguro nessa nova família reconstruída ao longo de tantos anos.

Outra questão que surge em relação a viver na rua e não viver na rua envolve o tempo de permanência que essas pessoas sem moradia com suas respectivas famílias, mas que estão permanentemente albergadas, é que elas se consideram moradoras dos abrigos e, portanto, não se consideram das ruas.

Embora o tempo de permanência na Casa Proteção seja de cinco dias, esta pesquisa identificou pessoas que se encontram nesse local há anos e por isso não se consideram em “situação de rua”, mesmo convivendo diariamente com pessoas que se encontram nas mesmas condições que eles, mas que dormem nas ruas.

Esse comportamento vem de acordo com que Snow e Anderson (1998), afirmam, “[...] eles repudiam a identidade social de pessoa de rua e rapidamente enfatizam para os outros que não são como a maioria dos moradores de rua em cuja companhia são encontrados”. (p.90).

Como são moradores fixos da instituição, não se consideram pessoas em situação de rua, e realmente não o são, quando se considera somente a questão moradia. Quando questionados sobre quanto tempo estavam nessa condição de “morador de rua”, conforme demonstrado nas falas abaixo:

Jaspe: Há quanto tempo o senhor mora nas ruas?

Há pouco tempo... Mas não sou morador de rua não... Não, não... Pelo seguinte... Eu tava trabalhando, como eu lhe mostrei o cartão, a firma me mandou embora e eu morava de aluguel, então eu tive que entregar o quarto do homem, entendeu? Eu tenho irmão, tenho irmã, eles tem casa aqui, mas não gosto de depender de irmão... Então eu prefiro ficar aqui... Mas, não sou morador de rua não, pelo amor de Deus... (Jaspe).

Quartzo: E nas ruas o senhor está há quanto tempo?

Não... Eu nunca morei na rua... Porque quando eu saio, quando eu fui fazer o exame pro Dr. consultar eu, eu dormia na oficina... [...] Aí o patrão falou:

oh, dou 100 conto toda semana pra você não precisar se machucar no meio dessas chapaiada... Aí eu fiquei esperando... Mas morar na rua, assim de dormir na rua... Nunca. (Quartzo).

Ônix: O sr. se considera um morador de rua?

É... Quando eu morava na rua era... Quando eu morava na rua era... (Ônix)

As mudanças de uma cidade a outra revelam que existem contradições com relação aos locais por onde passaram. Essa entrevistada desde 1988 que morava de cidade em cidade, mas quando questionada sobre a quanto tempo se encontrava nas ruas, refuta essa condição conforme revelam as falas:

Rubi: E nas ruas a senhora está há quanto tempo?

...ihh, tem muita andança na minha vida... Morei em muitos lugares né? Morei em Santo Amaro... Morei em Piraporinha, ihh, morei em Cabreúva, Cabreúva é uma cidadezinha desse tamaninho, fica entre Itu, Jundiaí e Bom Jesus de Pirapó, morei nessas cidades... ihh, morei em várias cidades... (Rubi).

Ah, eu nunca fui de rua... Desde 88, desde quando meu marido me separou, aí eu fiquei assim... (Rubi).

Ah, eu nunca fui de rua... Vim pra Guarujá, fiquei no [...] saía pra trabalhar, voltava de novo... Fiquei aqui mesmo... [...] sempre aqui... (Rubi).

Embora alguns entrevistados que se encontram na Casa Proteção tenham profissão, mas que nesse momento estejam desempregados e não gostam de depender dos parentes preferir morar nesse local, representa uma segurança.

No caso de Jaspe, ele reafirma orgulhoso a sua profissão. Se auto define como ‘construtor de obras’ até mesmo para diferenciar do “pedreiro” traficante de crack, como é denominado no bairro quem vende esse tipo de drogas ilícitas.

[...] eu tava trabalhando, como eu lhe mostrei o cartão, a firma me mandou embora e eu morava de aluguel, então eu tive que entregar o quarto do homem, entendeu? Eu tenho irmão, tenho irmã, eles têm casa aqui, mas não gosto de depender de irmão... Então eu prefiro ficar aqui... (Jaspe).

Ah, profissão eu tenho... Sou soldador, sou pedreiro, hoje não chama pedreiro... Chama construtor de obras... Pedreiro é aqueles que né... (Jaspe).

Com relação à moradia, é um direito da população em situação de rua o acesso a programas especiais de moradia provisória como as repúblicas, a pensão social, o bolsa aluguel, bem como a locação social e a moradia definitiva, por meio de programas de habitação popular federal, estadual e municipal. Essas propriedades podem ser públicas ou privadas, devendo cumprir a sua função social, conforme prevê os artigos 1º e 2º da Medida Provisória 2.220 de 4 de setembro de 2001.

1 - Quando um ou mais moradores de rua estiverem ocupando um imóvel ou área particular abandonados, por mais de 1 (um) ano, cuidando do espaço pacificamente e sem oposição do dono, poderão buscar o reconhecimento do seu direito de posse. E se permanecerem no imóvel, nas mesmas condições, utilizando-o como moradia, por 5 (cinco) anos, terão direito à propriedade.

2 - Se uma ou mais pessoas utilizam como espaço de moradia terreno ou imóvel público em área urbana, por mais de 5 (cinco) anos seguidos, poderão lutar pela "Concessão de Uso Especial para Fins de Moradia", conforme artigos 1º e 2º da Medida Provisória 2.220/01. Nesse caso, se o Poder Público quiser retirar as pessoas, deverá garantir o direito de moradia no local ou nas proximidades.

No que se refere ao aspecto da qualificação profissional entre as pessoas que se encontram em situação de rua, Paugam (1999) citado por Varanda (2004) destaca o conceito de 'desqualificação social'. Esse termo caracteriza um discreto movimento de expulsão do indivíduo para fora do mercado de trabalho. Segundo Varanda (2004), Paugam aponta ainda para três fases diferentes desse processo de descarte da mão de obra:

[...] a fragilidade, relacionada a perda do emprego; a de dependência dos serviços sociais (entendida no contexto de países europeus) e aquela caracterizada pela ruptura dos vínculos sociais, com um acúmulo de fracassos que conduz a um alto grau de marginalização (p. 62).

Nesse estudo, foi identificado o caso de Topázio, que a sua 'desqualificação social' para o trabalho decorre da sua baixa escolaridade que interfere diretamente na sua condição enquanto desempregado, depende de 'bicos' e do Programa Bolsa Família para se manter. Como podemos observar na fala abaixo:

Topázio: quando questionado sobre sua profissão responde:

[...] era garçom. Nessa época eu não precisava escrever. Eu tenho ‘pobrema’ em escrever, eu sei ler, mas tenho ‘pobrema’ em escrever. Antigamente só tinha que fazer um “x”, a comanda já vinha já com tudo. Ai depois mudou agora ‘cê’ tem que pegar a comanda e escrever o que o ‘cliente’ quer, ai num deu mais. Eu trabalhei muito como garçom mesmo. Eu trabalhei muito, daí eu saiu... não consegui mais, tive que parar. (Topázio).

Essa baixa escolaridade relatada pelos entrevistados acaba por interferir diretamente na busca por uma atividade profissional. Indivíduos com dificuldade de leitura e escrita estão fora do mercado de trabalho em profissões básicas.

Varanda (2004), afirma que do ponto de vista do trabalho, alguns indivíduos podem responder de forma diferenciada, como se observa na citação:

[...] pessoas que sobrevivem na pobreza e distantes de uma suposta rede de proteção social experimentaram vínculos sociais extremamente frágeis, tendem a se fortalecer ou a se romper de acordo com as dificuldades que a realidade lhe apresenta e conforme o acúmulo de experiências desestruturantes ao longo da vida (p.62).

Para alguns dos entrevistados, o trabalho teve uma importância e são motivos de orgulho, porém no passado. Essas respostas comportamentais são observadas nas falas de vários entrevistados dessa pesquisa, como veremos nas abaixo:

Diamante: Quando questionado sobre a sua profissão e qual a maior dificuldade que encontra nas ruas, sua resposta foi:

Minha profissão é paisagismo, decorar jardim, na construção civil, construção civil... Paisagismo na construção civil... Apesar que qualquer serviço, eu tô... É pegando tudo, até limpar fossa, até pra limpar fossa eu tô dentro, meu nome é trabalho, não tem preguiça. (Diamante).

É todas... É por causa disso mesmo que eu tô atrás de um né, de um documento, arrumar um serviço, já falei pra senhora que eu sou paisagista né? trabalho com construção civil, qualquer serviço, até limpar fossa eu tô fazendo né? (Diamante).

Esmeralda: Quando perguntou-se sobre sua profissão, relata conforme observamos na fala:

Já, fui faxineira, cuidadora de idosos... Já fui gente uma vez... (Esmeralda).

Rubi: Quando questionada sobre qual a sua profissão, respondeu:

Várias! Já fui faxineira, cozinheira, arrumadeira, trabalhei em Buffet, trabalhei de cuidadora... meu Deus, meu pai, trabalhei muito, trabalhei demais, trabalhei até no que não devia, porque tem hora que tu pega até o lugar do outro! (Rubi).

As condições de doenças também surgem como fator de desqualificação profissional para vários sujeitos entrevistados nessa pesquisa, como podemos observar nas falas de Ônix, Rubi e Quartzo:

Ônix: Quando questionado sobre o principal motivo que fez com que deixasse o trabalho e viesse morar nas ruas, e sobre quanto tempo morou nas ruas, responde:

Foi por causa do pé... é, que eu trabalhava com 'inflamavo' eu só posso dirigir, mas também não tô nem encostando... (Ônix).

Rubi apresenta um desgate ósseo na articulação do quadril e femur direito que a impedem de trabalhar, devido a imobilidade e dores intensas.

Rubi: Quando questionada sobre se tem alguma incapacidade para desempenhar alguma ocupação, responde:

Hoje eu num aguento ir daqui pra ali... porque os ossos deslocam... hoje tenho o bolsa família... já tenho há três anos. (Rubi).

Quartzo, além de se encontrar em tratamento para Tuberculose, desde o fim do ano passado, possui ainda uma condição genética de visão bilateral, em que outros três irmãos também apresentaram, que é a retinose pigmentar.

Quartzo: Questionado sobre as incapacidades que apresenta para atuar na sua profissão, responde:

Esse pobrema no olho é de nacença, são 4 irmãos, eram 4 né... 3 morreu já... É 'Hipnode piramental'... Eu sou portador de cegueira, portador de cegueira é pessoa que herda... É genético... (Quartzo).

Na entrevista com Quartzo que tem cegueira decorrente de Retinose Pigmentar e faz tratamento para Tuberculose há alguns meses, se observa pesar por não conseguir exercer sua profissão de mecânico de caminhões e tratores além do relato de discriminação dentro da Casa Proteção, por parte de outros usuários, como vemos:

[...] eles dizem: lá vem o cego! Ah! Ele num é cego não... Tá fingindo... Poxa, com a minha profissão vou fingir que sou cego se ainda posso ganhar um dinheiro bom... Aprendi a trabaia desde pequeno pelo tato, a conhecer peça, dava pra mim lê... [...] ah se eu pudesse trabaia, com certeza eu tava trabaizando...

Quartzo relatou que nunca trabalhou de carteira assinada, mas que conseguiu o benefício por incapacidade física, porque o advogado proprietário da oficina em que trabalhava, deu entrada ao pedido junto a Previdência Social. Além desse problema de Retinose Pigmentar e do tratamento para Tuberculose, que esse usuário da Casa Proteção apresenta, ele possui um histórico de acidentes de trabalho que o afastou por vários meses, conforme observamos na fala:

Depois que explodiu o 1º pneu de caminhão quebrei o braço, o joeio, fiquei aqui nesse hospital aqui, o Ana Costa... Quando ele funcionava, fiquei 6 meses, 2 meses internado em urgência, com a coluna quebrada com argola no pescoço... Engessou tudo... Ai passou 1 ano, explodiu o outro, abriu isso aqui, eu fiquei no Santo Amaro um bocado de dia internado de novo... Mais 6 mês de tratamento... Com o Dr. Gilson, mas fiquei bom... Não deu sequela não deu nada... (Quartzo).

Além dos problemas de saúde que alguns dos entrevistados desse estudo apresentaram observou-se ainda, o medo da fiscalização por parte dos órgãos competentes que autuam alguns postos de trabalho, e a falta de conhecimento dos seus direitos acabaram por reforçar nesse entrevistado o sentimento de inutilidade quanto ao trabalho que era a única fonte de sobrevivência que possuia.

Ah... Eu não lembro... Bastantes ano... Porque eu trabalhava em posto de gasolina e eu cortei o pé e num podia por causa do fiscal... Áí eu precisei ficar vagabundando, sem fazer nada... (Ônix).

Esse comportamento de abandono associado ao sentimento de inutilidade por parte do trabalhador ‘desqualificado’, é conveniente para os empregadores, pois nesse caso específico, o entrevistado pediu demissão da empresa por não ter condições físicas de trabalhar, como observamos na fala abaixo:

Ônix: Quando questionado sobre se estava trabalhando e como foi sua vinda para as ruas, respondeu:

Eu trabalhava num posto de gasolina, e aí fui caçar um tatu no mato, e cortei o pé e não cuidei direito... (Ônix).

Aí depois que machucou o pé que ‘infeconou’ eu foi, e eu que pedi a conta... Porque eu não podia trabalha, aí eu pedi, porque eu tava precisando de dinheiro... que eu tava morando na rua... (Ônix).

Observou-se também em uma das falas dos entrevistados dessa pesquisa, uma relação de exploração consentida, velada, disfarçada numa ‘bondade aparente’, onde o patrão, que não assina a carteira do entrevistado, oferece a sua simpatia e predileção, permitindo trabalhos ‘freelance’, e este em troca trabalha todos os dias da semana ininterruptamente, mesmo apresentando dificuldades de visão, como vemos na fala:

De carteira assinada eu trabaiei mais ou menos 7 ano... Que as ‘vista’ não ajudava... Quando chegava 5 hora, 5 e pouca no tempo cumprido eu já tinha que fica dentro da oficina... Quando eu pegava um carro que eu tava trabalhando avulsa... Ou pneu... Se eu pegasse um pneu 5 hora, tirasse ele do lugar... Dava pra eu consertá... Mesmo no escuro como tava eu montava, botava no lugar, apertava as portas e bate as castanha... Isso entrá... Mas, se... Agora às 6 hora se chegasse um caminhão eu já num conseguia fazer... Então, um dia como diminuia o meu rendimento, mas aí o meu patrão gostava muito de mim... Quando ele chegava dia de domingo ele chegava pra mim... E aí... Dá pra abri lá? Eu tinha preferência... Tava chuvendo... O caminhão encostava lá eu ia na chuva pra tirar o pneu, então, como ele gostava de mim quando dava 4 e meia 5 hora ele falava pode ir pra casa... Eu morava pertinho da borracharia... (Quartzo).

A maneira como essa população se mantém nas ruas foi outro foco de interesse dessa pesquisa. Por se tratar de um segmento populacional com

peculiaridades inerentes a um contexto repleto de desigualdades sociais, como a itinerância, escolaridade que não atende as necessidades do mercado de trabalho, alguns com comprometimentos de saúde causando incapacidade laboral, conforme já discutimos anteriormente e de dependência química relatada em algumas falas, saber como estes sobrevivem nas ruas é primordial na construção de um perfil econômico dessa população.

Esmeralda: Quando questionada sobre como faz para se manter nas ruas, relata ter tido profissão, como observamos na fala:

Hoje eu faço 'recicagem'...Trabalo com 'recicagem'... (Esmeralda).

Um dos entrevistados desta pesquisa relatou ter conseguido uma colocação para trabalho temporário no Shopping da cidade, porém não conseguiu permanecer devido à dependência do alcoolismo, conforme observamos na fala:

Topázio: quando questionado sobre como faz para se manter:

Pra mim se mantê? Trabalho... Faço bico né? Trabalho na praia, puxo carrinho... Às vezes vou pra Pitangueiras... Outra vez pra Enseada... Depende... (Topázio).

... Acabei de sair do Shopping La Plage, no natal. Sai no natal... É..., eu ia fica fixo. Mas eu não consegui, o encarregado até falou que "tu vai fica fixo, trabalha direitinho". Mas eu num consegui, a bebida falou mais alto. (Topázio).

Essas atividades informais estão de acordo com o que Snow e Anderson (1998), apresentam sobre a dimensão entre o trabalho e a subsistência, que inclui todas as atividades em que os moradores de rua se envolvem para obter dinheiro e outros objetos, servindo assim de moeda de troca na hora da negociação por mercadorias e/ou serviços, para suprir as suas necessidades básicas tanto fisiológicas quanto psicológicas.

De todos os entrevistados neste estudo, apenas dois declararam estar 'trabalhando' na busca do mínimo para tentar se manter. Em nenhum momento dessa pesquisa foi mencionado pelo gestor ou coordenadores das instituições, ações bem sucedidas de recolocação profissional de algum usuário dos referidos

locais. Alguns apresentam o cartão do Programa Bolsa Família – PBF e outros tantos não conseguem sequer realizar o cadastro no benefício.

Essas descrições revelam profundo desconhecimento tanto da parte dos gestores, que se mostram indiferentes na oferta de trabalho para este grupo, quanto da própria população em relação aos seus direitos enquanto cidadãos, tendo em vista que a Constituição Federal (1988) afirma que:

Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros [...] a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança [...]”, e possuidor de direitos sociais como “a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social [...] (BRASIL, 1988, p. 6; 13).

No caso desse segmento social, começando pelo ponto de vista do trabalho e a precariedade na sua oferta e a prestação de serviços oferecidos para essas pessoas está muito distante do que se recomenda essa Constituição, pois só restam a eles as ‘sobras’ do que a sociedade rejeita e as ‘oportunidades’ que o capitalismo descarta, que é o trabalho informal, muitas vezes insalubre, aumentando os riscos à saúde já tão vulnerável pelo próprio contexto em que se encontram.

A Constituição Brasileira de 1988, na ocasião de sua formulação foi chamada de “Constituição Cidadã”, por trazer de volta à nação a garantia dos direitos sociais e direitos políticos para toda a sociedade. Mas, que direitos sociais são esses em que parcelas importantes da sociedade vão crescendo a cada dia às margens das cidades de todo o país? Resistindo à fúria do tempo, às ondas de violência, ao descarte econômico de um sistema arbitrário e excludente, sobrevivendo a todas as formas de discriminação, como podemos observar no trecho da Cartilha dos Direitos do Morador de Rua, (BRASIL, s.d.):

[...] resistem nos espaços públicos, por estes serem o “único e último lugar” que sobrou do sistema econômico vigente, que exclui os direitos daqueles que não conseguem se encaixar no perverso modelo de produção e distribuição de bens e riquezas. (BRASIL, s.d., p. 25).

Por meio do Movimento Nacional da População de Rua – MNPR, que vários representantes de alguns estados brasileiros que vivenciam ou vivenciaram esse contexto social, na execução de seus direitos políticos, partiram em busca de seus

direitos sociais e organizaram a Cartilha dos Direitos do Morador de Rua (BRASIL, s.d), em que deixam claro que a sociedade brasileira é dividida em ‘dois tipos’ e que as pessoas em situação de rua vive em ‘uma dessas sociedades’ como vemos na transcrição do relato de um morador de rua da cidade de Belo Horizonte, em Minas Gerais, quando entrevistado por ocasião da pesquisa nacional sobre população em situação de rua em 2008:

“[...] é o que eu acho, que eu faço parte de outra sociedade. Você faz parte de uma, eu faço parte de outra. Porque agora você vai sair daqui, você vai deitar no seu colchãozinho. Não vai? Não vai tomar o seu banhinho? Eu não vou poder. Se eu quiser, eu vou ter que ir lá no BG: “chuuu!” Água gelada. Certo? [...] Você vive, eu veeto. Eu estou tentando e é o que acontece com todo mundo, você tenta se manter vivo. [...] Agora, já, já você vai sair daqui, não vai? Eu vou deitar ali. Eu faço parte da cidadania? Não, eu sou um número a mais. Eu sou um zero à esquerda. Porque eu acho que nem no IBGE eu estou passando. Então, é triste. É a realidade, mas é triste. Entendeu? Nem no IBGE.” (BRASIL, s.d, p, 26).

Na forma de produção do mundo capitalista, o trabalhador só tem a oferecer e a vender a sua força de trabalho para garantir a própria subsistência (SILVA, 2009). Mas como vender algo que apresenta ‘defeito’ de funcionamento por ‘falta de manutenção’? Embora muitas dessas pessoas em situação de rua se encontre alienadas com relação aos seus direitos, em busca de acesso a pressupostos básicos da vida de todo cidadão, alguns solitários e anônimos resistiram à lógica repressora e excludente, em busca da dignidade e respeito.

O Movimento Nacional da População em Situação de Rua com representantes de Minas Gerais, São Paulo, Fortaleza, Porto Alegre e entre outros entre outros estados e municípios fez surgir a vez e a voz de um povo que por mais de 50 anos não para de crescer e de preencher os espaços públicos.

Esses movimentos fizeram surgir o nascimento de um novo sujeito político, o morador de rua, que lança sobre todos os lados um novo olhar, expressando seu direito de viver com dignidade e respeito. Assim, tem amparados pela Constituição Federal de 1988 o direito a proteção quando necessária e criar condições para que possa exercer plenamente seu direito de cidadania, por meio de políticas públicas que atendam suas necessidades (BRASIL, 2010).

Durante esta pesquisa observou-se que algumas pessoas não tiveram suas inscrições feitas pelos assistentes sociais dos equipamentos públicos em que estão

assistidos, no Programa do Bolsa Família – PBF, entre tantos outros que se encontram no mesmo contexto social, não foram beneficiados, mesmo quando alguns apresentam condições de saúde agravadas com amputação de pés por úlceras varicosas e suspeita de câncer de mama, como observamos nas falas:

Esmeralda: Quando questionada sobre se recebia algum benefício do governo, sua resposta foi:

“Nada, não recebo nada...”. (Esmeralda).

Ônix: Quando foi questionado sobre se recebia algum benefício para ajudar no tratamento de seu pé ou se estava aposentado, respondeu:

“Nada, eu não recebo nada... Nada, nada, eu não tenho dinheiro pra comprar nem um cigarro...”. (Ônix).

Tal observação faz surgir uma questão que precisa ser no mínimo refletida, qual critério é utilizado para a inserção de alguns indivíduos em situação de rua nos programas do governo, e outros não. Quais e quem determinam os parâmetros para inscrição de pessoas em risco de vulnerabilidade social, como as pessoas que pertencem a esse grupo especificamente.

Entre os entrevistados nessa pesquisa, um recebe um benefício do Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, no valor de um salário mínimo há cinco anos desde quando começou a perder a visão, devido a Retinose pigmentar que Quartzo apresenta. Interessante é que antes de perder a visão completamente, este entrevistado que compra as suas medicações, se organizou financeiramente para que o saldo dessas suas despesas, possa economizar em uma conta poupança.

Quartzo: Impossibilitado de trabalhar, responde como faz para se manter quando questionado, como observamos em sua fala:

“Eu tô recebendo benefício... Eu não tiro tudo, eu vou tirando aos pouco. Eu tenho uma ‘caideneta de popança oro’, então quando o meu dinheiro cai no banco, eu tenho um prazo pra tira ele na boca do caixa, se eu num tira, ele

cai ‘tomaticamente’ na minha conta, que é a popança oro crédito e débito”. (Quartzo).

Embora alguns dos entrevistados estejam desempregados, Diamante relatou receber o benefício do Programa Bolsa Família - PBF, o que o ajuda a se manter nas ruas quando não consegue comida. Como observamos nas falas:

Diamante: quando questionado sobre como faz para se manter nas ruas:

“Eu tô com fome procuro uma casa de caridade né, ou vou pedir nas casas um prato de comida. Mas tenho também o benefício do estado... 72, 00 que [...] conseguiu pra mim....”.(Diamante).

Rubi: Relata que recebe o benefício do Programa Bolsa Família – PBF há três anos, que é com esse dinheiro que compra parte dos remédios que faz uso para controlar a hipertensão, pois seguindo a orientação médica, os que ela utiliza são melhores que os fornecidos pelo governo, mas na verdade são os mesmos.

“Ah, o Bolsa Família já tenho já há três anos... [...] o meu médico é um paizão, ele me passou um remédio de pressão de 70,00, mas ele me dá umas caixinhas...”.(Rubi).

Algo que também chamou a atenção nesse estudo com relação a distribuição do Benefício do Programa Bolsa Família – PBF, para pessoas em situação de rua é a resistência por parte de alguns assistentes sociais para que estes recebam esse benefício que lhes é um direito social garantido pela Constituição Federal (1988).

Essa resistência fica bem explícita na fala abaixo:

Sinceramente, eu sou contra, o Bolsa Família pra população em situação de rua... Porque, são 70 reais que eles recebem e que não dá pra eles fazerem nada e muitos acabam ajudando na dependência deles, entendeu? Um ou outro que consegue e guardando, juntando dinheiro, só que pra pessoa pagar um aluguel, por exemplo, não tem como... Entendeu? Então às vezes acabam bebendo, acabam usando droga... (Jade).

Seu posicionamento é favorável para que essas pessoas sejam incluídas nas frentes de trabalho, que também é um direito garantido por lei, porém não adquirido na sua execução. Como observamos na fala:

Então não tem um... Acho que tá faltando é o acesso ao programa do auxílio desemprego que é conhecida como a frente de trabalho... Que a gente... Dificilmente a gente conseguiu colocar usuário aqui do albergue pra trabalhar... (e você acha que esse seria o ideal, em vez de receber o benefício em dinheiro do governo?) – eu acho... Ter a oportunidade de trabalho, junto com o tratamento né? Junto com o tratamento... (Jade).

É direito constitucional de todos os brasileiros (BRASIL, 1988), o exercício de qualquer tipo de trabalho, ofício ou profissão, como lavador de carros, professor, catador de material reciclável, advogado, pedreiro, servidor público, flanelinha, artesão, entre outros. O Código Brasileiro de Ocupações reconhece o trabalho dos catadores de material reciclável desde que, organizados em associações e cooperativas, realizam a coleta seletiva e ajudam a preservar o meio ambiente.

O Brasil possui ainda o Projeto de Lei 2.470 de 2007²⁵, que inclui a contratação de trabalhadores em situação de rua nos contratos de administração pública num percentual mínimo de 2%. Essa contratação ocorre por meio das organizações de catadores para fazer o serviço de coleta seletiva nas cidades.

É óbvio que somente o valor de R\$70,00 destinados às famílias de baixa renda não supre as suas necessidades mínimas, até porque, é preciso trabalhar com essa população o resgate de sua dignidade, autoestima, confiança e respeito próprios. Isso não é tarefa fácil e muito menos de um ou outro profissional e de responsabilidade de uma única política pública, mas é um trabalho coletivo, lento, progressivo, mas promissor.

A oferta do trabalho, na expressão de um dos entrevistados, é visto como “[...] a primeira porta que se abre” (BRASIL, 2008) e que oferece oportunidades para suprir necessidades como alimentação, higiene, e moradia.

Entretanto as atividades dirigidas para a capacitação dos sujeitos que antecedem esses processos são de fundamental importância, pois incidem sobre sua autoestima e consequente recuperação da dignidade perdida desses sujeitos.

²⁵ Fonte: Câmara dos Deputados.

Acreditar em si próprios e que é possível ressignificar trajetórias é o primeiro passo para que possam progressivamente superar o processo de rualização, afirmam os sujeitos que encontram sobre esse contexto (BRASIL, 2008).

Simplesmente distribuir benefícios do Governo mensalmente, e mesmo assim isso também é de maneira excludente, pois não todos os destituídos dos seus direitos fundamentais que recebem, como vimos anteriormente.

3.1.2. Percepção de risco dos moradores de rua no Guarujá.

Segundo Snow e Anderson (1998), qualquer que sejam as causas do desabrigado, os comportamentos adaptativos e a orientação cognitiva das pessoas que estão chegando pela primeira vez nas ruas são amedrontadas por um novo mundo estranho e violento em que agora adentram: “*Têm medo da companhia rude na qual se descobrem. Não sabem em quem confiar, se é que é possível confiar em alguém. E não sabem como sobreviverão, se é que isso possível*” [...]. (p.87).

Esse estudo apontou que eles reconhecem que estão expostos a todo tipo de violência urbana, a tal ponto que alguns andam armados para se defenderem. O medo da violência é uma companhia constante dessas pessoas em situação de rua. Entre os relatos a morte não assusta, mas a possibilidade de incapacidade física após uma agressão que os torne dependentes de alguém é assustador. Diamante quando questionado sobre esse medo apresentou até alteração na voz e no comportamento, indicando um sobressalto constante e um estado de vigília permanente como vemos na sua fala:

Diamante: relata andar armado para se defender da maldade humana, quando questionado sobre se tem algum medo por está nessa condição de morador de rua:

Sim, eu não durmo na rua. Quando eu durmo na rua, eu durmo armado com faca como eu tava armado agora, na rua é muita maldade entendeu. É muita maldade que é bebida, droga entendeu... Medo do cara me dá uma facada e eu ficar ‘alejado’ ou né? de uma paulada na cabeça e eu ficar ai ‘alejado’ meu medo é só esse, porque se eu morresse eu não ligo, meu medo é o cara me atacar e eu lá deitado o cara um louco não gosta de mim

né? porque chega me dá uma paulada e seu tiver acordado eu vou ter minha defesa né , vou correr e eu dormindo? Então meu medo é esse na rua eu não durmo, durmo... Durmo e tomo aquele susto e já... Que nem anteontem eu tava dormindo e dai tinha uns caras conversando perto de mim dai eu já levantei que eu tava lá na 14 bis pra cá da 14 bis. (Diamante).

No caso de Diamante, como já foi vítima de agressões anteriores que o deixou por vários meses internado, ele prefere ficar sozinho a andar em grupos. Acredita que sozinho se defende melhor.

Para Topázio, o medo também é algo bem presente. Relata ter medo da população como um todo. Refere que as viaturas da polícia fazem as rondas, porém não interferem, mas afirma que guardas civis abusam de sua autoridade e agredem fisicamente a quem eles encontram dormindo, principalmente nas ruas do centro do Guarujá.

Topázio: Quando questionado sobre se tinha algum medo por morar nas ruas, respondeu:

É medo da população. Gente que quer fazer o mal, num dá pra dormir direito entendeu? Agora tem, num é falando mau dele mas tem o guarda municipal que num deixa você dormir em qualquer canto, cê tá dormindo ele vem te acorda e fala, te agredindo tendeu? Ai tem que levanta e sai, a polícia nem é tanto, a polícia é de boa, ele passa te olha.. tá dormindo, tá quietinho, pelo menos num tá fazendo nada errado. Agora o guarda municipal não, vai lá te acorda chutando, te joga tua comida fora, toma tua coberta e manda sair andando. ai tu sai, arruma outro lugar e dormi e acontece tudo de novo, ai tem que arrumar um canto bem escondidinho, do tipo de favela, que nem Santo Antônio ali onde mora minha tia, dormi mais ali perto das favelas, porque ele não entra ali. É difícil deles entrar (...) mas no centro fia, já apanhei muito na cara tomado conta de carro, chute, nossa... Eles te zoa mesmo fia, num tem jeito. (Topázio).

Rubi declarou já ter sofrido agressão física por uma pessoa com problemas psiquiátricos, que se encontra morando na Casa Proteção junto com todos as demais pessoas em situação de rua que pernoitam no local.

Rubi: quando questionada sobre se tem algum medo por estar nessa condição, respondeu:

"Já, tanto que eu tô com esses... Eu tenho três dentes aqui que um louco me deu um soco de baixo pra cima e estragou três dentes e cortou a gengiva. (Rubi).

Esmeralda de forma semelhante já sofreu agressões físicas durante a noite enquanto dormia aonde era o antigo fórum do Guarujá, no centro da cidade.

Já me... Eu, tipo, eu dormindo já me acordaram com pedradas, muita gente cara... É de fazer uma fila assim... É morador de rua néh, lá onde era o antigo fórum, ai nós dormia ali. Então teve uma vez que a gente foi acordado por baixo de pedradas e ai fiquei com medo. Agora eu só durmo pro lado de cá néh, que tem lugar mais escondidinho, pra lá num volto mais não. Ai durmo mais pra cá. (Esmeralda).

3.1.3. Perspectiva de futuro dos moradores de rua entrevistados.

Em meio a tantas adversidades impostas por uma sociedade preocupada em ‘ter mais e mais’, em detrimento do ‘outro’, do ‘ser humano’ como fome, frio, medo da violência física, o temor constante da morte como foi observado em algumas falas, ainda foi possível detectar que alguns entrevistados sonham em sair das ruas, querem mudar de vida e reescrever as suas histórias. Quando questionados sobre o futuro, as respostas foram:

No caso de Diamante seu desejo de sair das ruas apareceu em várias falas durante a entrevista. Em certos momentos retrata com saudade a vida que tinha com a família antes de perder tudo, vir parar nas ruas, como podemos observar nas falas:

Diamante: respondeu quando foi questionado sobre se sentia falta de algo:

Eu sinto sim, falta da... Eu sinto falta do, né, de tudo o que eu tinha assim né? Eu tinha vinte e oito casa de empresário, minha mulher era bem de vida, tinha vinte e oito casa de empresário, ai tinha casa, tinha minha cama né? Tinha minha comida, minha família, entendeu? Pra depois ir pra rua, dormir, passar fome, sono, hum... Não vai ter falta?... Jesus! (Diamante).

[...] Eu espero do futuro é trabalhar né, ter a minha vida né?... Espero... Ter a minha casa né, trabalhar né, ter minha casa pra mim, minha comida pra mim comer, minha roupa né? , ser uma pessoa da sociedade né? , ser uma pessoa da sociedade, se tentar voltar né?... É o que eu tô no meu pensamento é esse né?... (Diamante).

A falta de perspectiva de um futuro melhor também surgiu nas falas de alguns dos entrevistados. Essa ausência de esperança se dá principalmente pelo fato dessas pessoas apresentarem doenças que no caso de Rubi a impossibilita de qualquer liberdade de locomoção, devido ao desgaste ósseo crônico na articulação do quadril e fêmur direito, lhe causando dores intensas.

Rubi: Relata saudosista a época em que tinha independência de sair para todos os lugares. Quando questionada sobre seu futuro, responde:

Xiii, minha filha... Não tenho nenhum, ah... (risos) o meu futuro é... A única coisa que eu sei que vou ficar sem... (Rubi).

Sinto falta da minha saúde, sinto falta de quando sentia vontade de ir em algum lugar... Passava a mão e saía, era que nem cigano, eu amanhecia e não anoitecia... Entende? Assim... Meu Deus, como sinto falta da minha saúde, muito, muito, muito, [...] sinto muita falta. (Rubi).

No caso de Topázio há um misto de sentimentos, ao mesmo tempo que a sua falta de perspectiva no futuro se dá pela dificuldade de adaptação ao Diabetes Melitus diagnosticada em 2013, ele se apega à fé e sonha em reconstruir sua vida incluindo uma família como observa-se na fala:

Topázio: Quando questionado sobre seu futuro:

Olha, pra falar a verdade pra você agora... Do futuro, acho que a morte tá mais próxima viu? Nossa, depois dessa diabete aí... Nossa, acabou comigo viu... Perdi um pouco de coragem de sobreviver, eu tô tentando se matar com a própria mão, mas na mesma hora, nós acredita em Deus e ainda dá pra dar a volta por cima ainda, pegar um pouquinho desse finalzinho de vida... Conseguir alguma coisa... Ter uma família, depois na hora que deus me chamar tô pronto. (Topázio).

Quartzo: Também não faz planos para o futuro, acredita que a velhice é sinônimo de deterioração, agravada pela doença Tuberculose além da Retinose pigmentar que lhe causou cegueira bilateral, como observamos na fala:

Não, não... Porque a tendência da gente agora é cada vez se deteriorando mais né... Porque a gente chega com 60 ano, você começa a emagrecer... É magro... Minha família é toda magrela, eu pesava 52, 53 quilo, eu com essa doença eu cheguei a 38 quilo... Agora que eu engordei 1 quilo e pouco dentro de um mês... Aí tô esperando dar uma balançada legal no tratamento... (Quartzo).

Eu tomava uma porção de remédio misturado, pra dar uma maneirada... Sei que to conseguindo... melhorando... Agora sobre o futuro... Não tenho planos não... (Quartzo).

A grande maioria das pessoas entrevistadas em nosso estudo não apresenta esperança no futuro, nenhuma expectativa no futuro. O descredito social visto através dos olhares de quem passa nas ruas, de quem trabalha com eles e para eles, enfim, de todos já foi absorvido por alguns, como observamos na fala de Esmeralda:

... Eu to desacreditada, to deixando a vida me levar, cada dia acordo durmo fico pensando... Será que amanhã vou acordar viva? (Esmeralda).

3.2. EIXO 2: SAÚDE, DOENÇA E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

Entre os objetivos deste estudo encontra-se a análise das condições de saúde e doença dessa população. Se ao analisarmos as variáveis sociais no que se refere às doenças e morbidades que afetam a população em situação de rua do Guarujá, e tomarmos por base somente essas variáveis, poderíamos considerar que apenas três usuários Quartzo, Ônix e Rubi possuiriam ‘indicação clínica’ para permanecerem como ‘moradores’ na Casa Proteção, por assim dizer.

Somente esses três usuários estão acima de 60 anos, mas no caso de Ônix, este possui família residindo no Guarujá. Assim, somente Quartzo e Rubi que não

possuem familiares na cidade teriam uma ‘indicação’ social, para permanecerem no equipamento público ou serem encaminhados para um abrigo para idosos.

Essa tríade que envolve as temáticas: saúde – tempo de permanência – população em situação de rua é por assim dizer no mínimo complexa. Essas pessoas por questões também de saúde, (pode-se dizer que seria um dos motivos principais, porém esta não é o único), associados com outras pessoas com problemas psiquiátricos de variados graus de complexidade se misturam no mesmo espaço. Esta multiplicidade de ‘pacientes’ em um mesmo ambiente pode ser interpretada pelos usuários que tem condições de uma reabilitação com tratamento adequado de sua saúde, como um caso perdido, quando se deparam com aqueles casos crônicos em que o sujeito perdeu totalmente o equilíbrio psíquico.

É um fato inegável que essas pessoas em situação de rua definitivamente necessitam de um local pra fixarem moradia, porém a Casa Proteção que deveria ser um local destinado a pessoas que se encontram de passagem de uma cidade para outra, ou seja, de uma casa transitória para acolher situações de emergência conforme orienta o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome – MDS tornou-se um espaço de cuidados para as pessoas que estão com alta hospitalar e precisam de cuidados especiais, porém sem as prerrogativas necessárias mínimas recomendadas pelos órgãos competentes.

A Política Nacional para Inclusão Social da População em situação de Rua (BRASIL, 2008) destacou em seus princípios: a dignidade da pessoa humana, a garantia de sua cidadania e de seus direitos, o direito ao usufruto da cidade e de ir e vir, a não discriminação e a supressão de qualquer ato violento ou intimidador, estigmatisantes e preconceituosos.

Essa Política ainda pressupõe a capacitação conjunta de trabalhadores das demais políticas para atuando juntos compreenderem melhor os múltiplos fatores transversais ligados a esse processo cruel de rualização.

Dentro ainda dessa Política, a área da saúde, é a que apresenta ou pelo menos prevê um maior volume de ações com ampla abrangência, incluindo desde a participação do usuário na gestão da política, onde se preveem a atenção integral à saúde dessa população a partir de cuidados interdisciplinares e multiprofissionais.

Outras ações como o fortalecimento da atenção em saúde mental através dos Centros de Apoio Psicossocial – CAP's; a capacitação dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU; a promoção à saúde com ênfase no Programa Saúde da Família Sem Domicílio e nessa área é previsto a inclusão de moradores de rua e ex-moradores de rua como agentes comunitários e o incentivo à sua participação nas instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde - SUS.

Todas essas propostas feitas pela Política Nacional para a População em Situação de rua são sem sombra de dúvidas um avanço na tentativa de incluí-los de volta à sociedade, de resgatar a autoestima, seus direitos de cidadania, restaurar a capacidade de autocuidado e sustento, e etc. A questão que precisa ser colocada em pauta, é a falta de homogeneidade na implantação e execução dessa Política a nível nacional. Seria injusto afirmar que o país não caminhou nesses últimos anos na formulação de políticas e estratégias de atenção à população de rua.

Entretanto, a formulação de uma Política Nacional implantada em municípios isolados da federação não resolve os problemas sociais desse grupo a nível nacional, mas apenas em pontos isolados, e esse comportamento pode inclusive sobrestrar os municípios que adotaram a Política Nacional em seus perímetros, que assumiram em parte o ônus dessa responsabilidade social, enquanto que outras cidades continuam trabalhando num assistencialismo caro para os contribuintes, pouco eficaz para atender as demandas dessa população, através da implantação de algumas estratégias propostas pela Política Nacional, muitas vezes recortadas de acordo com a prioridade que os gestores acreditam que esse segmento populacional merece.

3.2.1. Doenças identificadas, diagnosticadas e formas de tratamento.

No presente estudo constatou-se que dos 07 representantes da população em situação de rua, 02 sujeitos apresentam doenças que causam dependência,

impossibilitando-os de exercer qualquer atividade profissional, como podemos ver no Quadro 11, a seguir.

Quadro 11: Doenças Diagnosticadas entre a população entrevistada no Guarujá/SP.

Codinomes	Doenças Diagnosticadas entre a população em situação de rua no Guarujá
Esmeralda	Bronquite Crônica e Relato de nódulo em mama esquerda
Topázio	HAS + Diabetes Descompensada
Diamante	Micoses de pele + Suspeita de Tuberculose
Jaspe	Bronquite Crônica
Quartzo	Cegueira por Retinose Pigmentar + Tuberculose + HAS.
Ônix	Úlcera Varicosa em MIE + Amputação de dedos do Pé Esquerdo
Rubi	Artrose com desgaste da cartilagem entre as articulações do fêmur-quadril + HAS.

Como dito anteriormente, as doenças citadas são os argumentos que três dos sete entrevistados utilizam para não trabalhar. Como veremos nas falas no decorrer deste eixo de análise.

3.2.1.1. Diabetes Mellitus - DM:

O Diabetes é uma alteração metabólica que se caracteriza pela deficiência de produção e/ou de ação da insulina, hormônio produzido pelo pâncreas e responsável pela absorção da glicose pelas células para produção de energia. Classifica-se em: Diabetes Tipo 1 que é resultante da destruição autoimune das células de Langerhans. O diagnóstico desse tipo de diabetes quase sempre ocorre durante a infância e a adolescência, podendo ocorrer também em outras faixas etárias, segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia - SBEM²⁶.

²⁶ Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo.

No Diabetes tipo 2, o pâncreas produz insulina, mas ocorre uma incapacidade das células musculares e adiposas em absorver este hormônio. De acordo com a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia – SBEM⁴ é muito comum surgir em pessoas com mais de 40 anos, sedentárias, com sobrepeso e alimentação pouco saudável. Jovens podem apresentar esse quadro.

A gravidez, que é um momento especial na vida das mulheres, é também um período de muitas transformações anatômicas e fisiológicas podendo surgir o que a medicina define como Diabetes Gestacional.

A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia – SBEM⁴, afirma que crianças nascidas de mães com Diabetes Gestacional podem apresentar risco para desenvolver desconforto respiratório após o nascimento, além de macrossomias, malformações congênitas (que afetam órgãos que são formados nas semanas iniciais da gestação), policitemia, hipocalcemia e hipomagnesemia. Um controle adequado da glicemia no período gestacional pode evitar essas complicações.

O nível ideal de glicose na corrente sanguínea é de 70 a 100mg/dl²⁶. A hiperglicemias²⁶ é considerada partir de 100mg/dl em jejum ou 140mg/dl duas horas após as refeições. Menor que 70mg/dl considera-se hipoglicemias⁴, que gera sintomas desagradáveis e pode levar a complicações sérias.

Vários medicamentos orais são utilizados no controle da Diabetes, principalmente no tipo 2. A insulina é mais utilizada nos casos do tipo 1, mas pode ser administrada em alguns casos do tipo 2 e da Diabetes Gestacional. Entretanto, o tratamento da Diabetes não pode ficar somente restrito a ingestão de medicamentos. É necessário um acompanhamento nutricional adequado, já que grande parte dos alimentos depois de metabolizados são convertidos em glicose. A prática regular de atividades físicas, com orientação de um profissional da área é recomendável, pois além de controlar a glicemia auxilia na perda de gordura corporal.

As complicações da Diabetes podem ser a curto e longo prazo. Como exemplos, podemos citar retinopatia, nefropatia, neuropatia, pé diabético, Infarto do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral – AVC, entre outras.

Entre os sujeitos entrevistados um possui diagnóstico de Diabetes Melitus, como observamos na fala abaixo, quando questionado sobre se apresentava alguma doença:

Topázio – Relata ter Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus diagnosticada em 2013:

Quando eu saio pra trabalhar, não levo nada pra comer... Aí já tô trabalhando no sol, no pesado... Aí me dá fome... Aí num tenho nada pra comer, aí eu tenho que sentar... Aí o cara 'o quê que é?...' não, calma aí, que eu num tô legal, aí minha vista já tá ruim, tô quase cego já... Eu tenho que sentar, minha vista escurece... E a minhas perna fica fraca aí tem que esperar um pouquinho, eu tenho que procurar a unidade... Ou me leva ou vou ficar ali, vou ficar ruim... Eu quero deitar, eu quero ficar deitado, sabe... [...] ficar deitado, ruim mesmo... Eu quero ficar deitado, aí eu tenho que comer alguma coisa, [...] teve um trabalho aí que eu pedi, eu fui, aí eu corro pra cá porque é perto... Aí corro pra cá, como rapidinho e volto lá, levo alguma coisa, aí fico legal... Agora se num tiver nada pra comer... É um abraço, aí acabou o trabalho... Mesmo eles lá, sabendo que tu tem diabetes eles ficam até com medo... Não... Não vai dar pra trabalhar não... (Topázio).

3.2.1.2. Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS:

Entre as doenças que surgiram nos diagnósticos dos sujeitos participantes dessa pesquisa, está a Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS. A ciência já efetuou diversos estudos que mostram o risco que esta patologia envolve para o desenvolvimento de doenças do sistema cardiovascular tanto na forma aguda quanto crônica.

A gravidade da hipertensão ainda é mais insidiosa devido a grande maioria dos portadores desse agravo serem assintomáticos, ou seja, não apresentam nenhuma manifestação clínica da doença, tornando-a um fator de risco importante para o desenvolvimento do Infarto Agudo do Miocárdio - IAM, do Acidente Vascular Cerebral - AVC, de Insuficiência Renal Crônica – IRC.

Entre os entrevistados três apresentaram o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS e relatam o uso contínuo das medicações, como observamos nas falas abaixo, quando questionados sobre se apresentavam alguma doença:

Quartzo: Quando questionado sobre se tinha alguma doença antes de ir morar na Casa Proteção, respondeu:

Eu sou hipertenso também, eu tenho que fazer exercício... Eu trabalhava com serviço pesado, como eu parei com serviço pesado, aí a pressão começou a subir, que meu pai morreu de derrame “celebral”, é genético né... Aí... (Quartzo).

Rubi: Respondeu quando questionada sobre se tem alguma doença.

Ah, sempre tive. Acho que a pressão alta eu tenho desde os 14 ano, desde os 14 ano eu tenho pressão alta, né?... A pressão judia de mim e eu não sinto nada, você entende? Agora se ela baixa pra ‘16’ minha filha, eu num levanto [...] ela tem que tá no nível 16 pra 17, 18 pra mim tá... se abaixa de 16 pronto... eu não aguento de jeito nenhum... (Rubi).

3.2.1.3.Úlcera Venosa em perna direita e amputação parcial do Pé Esquerdo:

As úlceras venosas ou úlceras de estase consistem em uma escavação da superfície cutânea produzida por descamação do tecido epitelial inflamado e em alguns casos necrose, geralmente causada por insuficiência vascular nos membros inferiores (NETTINA, 2003).

Este entrevistado relatou problema venoso em perna esquerda há mais de 30 anos, mas um ferimento há alguns anos o impossibilitou de trabalhar em posto de gasolina como frentista, levando-o a pedir demissão por não conseguir trabalhar. Como não teve nenhuma orientação sobre afastamento do trabalho para tratar desse ferimento.

É totalmente dependente da Casa Proteção, não possui nenhum tratamento médico prescrito para prevenir mais complicações na região do tornozelo de Membro Inferior Esquerdo - MIE que sofreu amputação de dedos do Pé Esquerdo devido a Úlcera Varicosa e na perna direita. Seus membros inferiores principalmente na região das pernas próximas ao tornozelo e pé esquerdo apresentam a pele extremamente ressecada e descamativa.

Na região do tornozelo esquerdo ele tem uma pequena úlcera que secreta exsudato amarelo, fétido constantemente que, segundo Ônix, não cicatriza há anos. Na região inferior do pé esquerdo apresenta lesão necrosada, fétida e na perna direita também tem uma lesão exsudativa com odor forte.

Relata ainda que não faz uso de nenhum medicamento para tratamento dessa lesão, e que todos os dias vai à Unidade de Saúde Básica mais próxima do bairro somente para trocar os curativos (cobertura simples de compressas de gaze e faixas) que cobrem a ferida, e que nos fins de semana, troca na Casa Proteção, quando tem material, conforme observamos nas fotos abaixo:

Foto 5 – Pé Esquerdo amputado: Presença de descamação intensa com lesão secretiva na região do tornozelo esquerdo.



FONTE: Fotografia autorizada verbalmente por um dos entrevistados.

Foto 6: Pé Esquerdo amputado: Presença de Lesão com crosta em região plantar e lesão com crosta sem secreção na região distal.



FONTE: Fotografia autorizada verbalmente por um dos entrevistados.

Foto 7: Pé Esquerdo amputado: Vista superior. Pé direito servindo de apoio, com presença de edemas nos dedos.



FONTE: Fotografia autorizada verbalmente por um dos entrevistados.

Ônix: Quando foi questionado como trata essas lesões respondeu:

Eles me levam no posto de saúde. Se não eles fazem aqui o 'corativo'... só faço o 'corativo'... (Ônix).

Ônix: quanto ao uso de medicamento para tratar essas lesões, relatou:

Não, nada... Não, nenhum... Meu remédio de vez em quando é pinga... (Ônix).

Uma das características das doenças do sistema cardiovascular é a cronicidade. A falta de circulação adequada levando a comprometer a oxigenação dos tecidos corporais, dificultando a nutrição dos tecidos em decorrência do edema e da circulação diminuída, quando isso ocorre nos membros inferiores pode levar a infecção, sepse e no melhor dos casos, amputação (NETTINA, 2003). Associado a esse histórico de problemas circulatórios, esse sujeito sofreu um acidente com objeto cortante dificultando ainda mais o seu quadro, que foi o que aconteceu neste caso.

É óbvio que essas lesões necessitam de um acompanhamento clínico adequado, de preferência com um médico especialista na área. A simples troca de coberturas diárias realizadas no Posto de Saúde e nos fins de semana na Casa Proteção são medidas simplesmente paliativas, que não favorecem em nada o processo de cicatrização.

O tratamento das úlceras varicosas consiste na remoção do tecido necrosado com soluções degermantes para dissolver as crostas. Quando as escaras estão muito profundas, há necessidade de remoção cirúrgica (NETTINA, 2003).

3.2.1.4. Bronquite Crônica:

A bronquite é a inflamação crônica dos brônquios pulmonares, caracterizada por secreção mucosa excessiva, tosse e dispneia associada às infecções recorrentes do trato respiratório inferior. Geralmente tem como causas o tabagismo, poluição atmosféricas, exposição ocupacional, alergias, auto-imunidade, infecção, predisposição genética, envelhecimento, entre outras. Muitas vezes denominada de bronquite alérgica e não é transmissível de um indivíduo para o outro. (NETTINA, 2003).

Entre os entrevistados dois relataram ter problemas de bronquite, fazem uso continuo de Berotec e Atrovent, bronco dilatadores muito utilizados por pessoas

que tem bronquite crônica. Embora ‘pareça’ uma doença simples, as bronquites podem evoluir para complicações como Insuficiência respiratória, Pneumonias, Infecções Respiratórias graves, Insuficiência Cardíaca Direita, Arritmias, Disfunção da musculatura esquelética (NETTINA, 2003).

O tratamento consiste em reverter à obstrução das vias aéreas e liberação do fluxo de oxigênio; administrar os broncodilatadores conforme orientação profissional; fisioterapia respiratória nos casos de crises agudas e eliminação se possível dos fatores desencadeantes, quando for possível, como parar com o tabagismo.

Jaspe, um dos entrevistados referiu que desenvolveu uma crise aguda severa de Bronquite alérgica quando estava trabalhando, em uma empresa contratada pela prefeitura. Acusa que não recebia equipamentos de proteção e ainda encontrou resistências, tanto da parte médica para receber tratamento adequado, quanto da parte do seu supervisor que mudou ele de função no trabalho, conforme os relatos abaixo:

Eu tenho ‘broquite’ aguda... Esse [...] que me mandou embora... Me tirou do meu serviço, pra fazer sabe o quê? Tapar buraco com aquele pixi... Tapar buraco... Aí é que me dei mal... Aquilo me dei mal, bicho quente, cola na bota, sem protetor de nariz, sem nada e aquilo, aquela fumaça quente... Aí eu caí, fui no médico na quarta, o médico me deu o atestado de 1 dia... Eu disse “pô dr. Eu tô tão mal”... Ele disse: “ah, se você não tiver bem amanhã você vem...” Eu falei: pô, me dá uns 10 dia, passa remédio pra mim... Mas não, ele me deu de 1 dia, na quinta feira eu fiquei em casa por minha conta, não tava sentindo bem... (Jaspe).

Jaspe foi questionado sobre o motivo estava com pericia médica agendada, para aqueles dias próximos a entrevista, e sua resposta foi:

Inda vou fazer ‘perica’ ainda... É por causa do que eu fazia lá no meu trabalho de pedreiro, de pedreiro, de caixa, de sarjeta, e metragem de... Eu trabalhava pra prefeitura, mas a firma não daqui, do estado de São Paulo... Então ela fazia serviço pra prefeitura, certo? Então ela fazia tubulações, eu trabalhava como pedreiro e meu pagamento vinha como ajudante. Como é que pode uma coisa dessa? (Jaspe).

Mostrou-se extremamente indignado com essa situação e embora não tenha tantos estudos, entrou na justiça contra essa empresa e ainda relatou que na última audiência o advogado da empresa o acusou de ter pedido demissão, aumentando ainda mais a sua indignação, conforme vemos na fala:

E hoje, na audiência lá me falaram uma coisa que eu não gostei, ai eu explodi... O ‘adovogado’ deles falou assim: “ele pediu conta”... Aí eu bati na mesa e disse “eu pedi conta? Você viu eu pedi conta?”... Vocês estão mentindo... Sobre aquele [...] que tá lá fora, bote ele aqui na minha frente... Que é o [...], ele é que me mandou embora!!! Aí o ‘adovogado’... Calma, calma... Rapaz, eu peço pra entrar, pra trabalhar, como é que eu vou pedir conta? Você viu? [...] Vixi, fiquei numa flor de nervo... (Jaspe).

Embora tenha poucos estudos, esse entrevistado tem muita consciência dos seus direitos. Consegue identificar quando seus problemas de saúde começaram a partir do trabalho, não aceitou a diferença de salário que recebia pela função que desenvolvia.

Essa pesquisa mostrou que se essa população se movimentasse de forma organizada aqui na cidade do Guarujá, talvez muitas situações que muitos passam pudessem ser diferentes. Esse sujeito tem consciência dos seus direitos, assim como tantos outros, porém nesse contexto social a luta precisa ser coletiva para ganhar força, legitimidade e apoio social. Quando apenas um se movimenta em busca de seus direitos individuais, (mas que na verdade são coletivos), esta ‘nota dissonante’ do clamor coletivo acaba por não ser vista e muito menos ouvida.

3.2.1.5. Tuberculose – TB:

Provocada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch (BK), a Tuberculose - TB é uma doença infectocontagiosa que afeta principalmente os pulmões. Com o advento da Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida – SIDA, a Tuberculose tornou-se uma caso de Saúde Pública não somente no Brasil, mas em todo o mundo. (BRASIL, 2011).

Embora a incidência da TB tenha crescido em todo o mundo, é uma doença curável em quase a totalidade dos casos novos, “desde que obedecidos os princípios básicos de terapia medicamentosa e a adequada operacionalização do tratamento”. (BRASIL, 2011, p.59). O tratamento dos bacilíferos é prioridade no controle da doença, pois interrompe a cadeia de transmissão.

A sua transmissibilidade é via respiratória e está presente desde o inicio dos sintomas respiratórios, mas que reduzem significativamente logo ao iniciar o

tratamento de maneira efetiva. Em um passado recente, considerava-se que após 15 dias de tratamento o doente não transmitia mais a doença. Entretanto na prática com um histórico de resistência do bacilo às drogas, passou-se a recomendação atual, que é a negativação da baciloscopia associada à melhora clínica dos pacientes, somados aos 15 dias de tratamento: esse conjunto permite dizer que o paciente não é mais considerado infectante da doença (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde recomenda para o diagnóstico precoce da Tuberculose, a busca por Sintomáticos Respiratórios - SR, que é uma atividade pública recomendada internacionalmente para identificar pessoas com: “*tosse por tempo igual ou superior a três semanas*” (BRASIL, 2011, p.37). Essa busca ativa pelo chamado Sintomático Respiratório - SR é uma estratégia realizada permanentemente pelos serviços de saúde visando à descoberta dos casos de bacilíferos.

No Brasil o Ministério da Saúde (2011) recomenda ainda a busca ativa de Sintomáticos Respiratórios - SR em grupos populacionais que apresentam maior risco de desenvolver a doença, como diabéticos, hipertensos, idosos, e aqueles que apresentam problemas pulmonares, seja uma prioridade dos serviços públicos de saúde.

A população em situação de rua foi incluída na busca ativa dos SR devido a “[...] *situação de extrema exclusão social e vulnerabilidade, que fizeram da rua sua casa ou uma extensão dela, nela desenvolvendo suas relações e provendo de diversas maneiras o seu sustento*”. (BRASIL, 2011, p. 40).

Essa preocupação do Ministério da Saúde é confirmada na vivência diária dessa população, que identificou nesse estudo um sujeito com diagnóstico de Tuberculose confirmado por baciloscopia, que embora pouco saiba sobre a doença, mostrou-se com um senso de extrema responsabilidade com seu tratamento e sobre a saúde das demais pessoas próximas a ele, que dificilmente se vê em outros segmentos sociais, como podemos observar na fala de Quartzo, se referindo a Tuberculose:

Hoje eu fui lá... vou todo dia 17 e dia 30 vai vim uma mulher colher o escarro pra fazer o exame... Esse mês eu fiz 2 exame de escarro e 2 de sangue... (Quartzo).

Agora eu to passando os dias aqui no albergue, por causa dessa doença e eu não quero andar na rua sem máscara, sabe... De repente chega alguém, encosta perto de mim na hora que eu vou tossi, aí eu posso passar o 'vírus' pra ele... Então, pra evitar de eu ser 'transmítor' de alguma coisa... Eu prefiro ficar aí... Fico sentado, as vez eu fico deitado ouvindo música... Dou uma voltinha, venho aqui vou no portão... (Quartzo).

Quando questionado sobre como consegue as medicações que trata a Tuberculose, responde:

Lá da unidade mista. Mas o cuidadô vai comigo toda vez... (Quartzo).

Mas com relação aos outros medicamentos de uso contínuo Quartzo refere que compra com o benefício que recebe do Governo, pois não recebe da rede pública, conforme observamos no seu relato:

Hoje eu recebo benefício... Que aí eu uso bombinha... Eu compro bombinha, compro losartana... (Quartzo).

No mesmo ambiente da Casa Proteção, outro entrevistado, o Topázio retira as medicações para hipertensão e diabetes na Unidade de Saúde, mas durante o dia ficam com os 'cuidadores' e nos horários prescritos, são entregues para os usuários, como observamos na fala abaixo:

Todo dia de manhã eu tomo a insulina 40ui e três comprimido por dia. A 'tifomina' e o outro eu não sei... Num tô nem com ele na mão, eu tenho que pega eles de novo que acabou... É que todo dia tem um cuidador... Aí quem tá de plantão é quem dá... Hj é o Vagner... (Topázio).

Então quem controla o horário e os medicamentos que vocês tomam são os cuidadores daqui? São os cuidadores, não! Apesar que eu mesmo sei o horário que eu tenho que tomar já, ele também já sabe, ele não vai atrás pra eu tomar... Eu que vou atrás dele pra tomar... [...] Aí ele me dá... Quem libera é ele... Aqui ninguém fica com o remédio...(Topázio).

3.2.1.6. Câncer de Mama:

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer – INCA, o câncer de mama é o segundo tipo mais frequente em todo o mundo, e o mais comum entre as mulheres, correspondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Quando

diagnosticado oportunamente e tratado adequadamente, o prognóstico é relativamente muito bom. (BRASIL, 2004).

Segundo Lotti et al (2008), o Brasil possui taxas intermediárias de incidência e mortalidade decorrentes do câncer de mama. Em 2008, dos 234.870 casos novos de câncer estimados para o sexo feminino, 49.400 foram de câncer de mama. O país apresenta ainda um de risco 50,71 casos para cada 100 mil mulheres brasileiras.

O câncer de mama não tem prevenção, embora alguns fatores ambientais ou comportamentais como tabagismo e obesidade, associados a riscos genéticos para o desenvolvimento da doença, e estudos epidemiológicos não sejam conclusivos para a recomendação de estratégias específicas para a prevenção (BRASIL, 2004).

A detecção precoce do câncer de mama ainda é a melhor opção para um tratamento eficaz. O Ministério da Saúde recomenda como medidas de detecção precoce as seguintes ações (BRASIL, 2004, p.7):

- Rastreamento por meio do exame clínico da mama, para todas as mulheres a partir de 40 anos de idade, realizado anualmente. Este procedimento é ainda compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária;
 - Rastreamento por mamografia, para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com o máximo de dois anos entre os exames;
 - Exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama;
 - Garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados.
- São definidos como grupos populacionais com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama:
- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade;
 - Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária;
 - Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
 - Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.: (BRASIL, 2004, p.7).

No Brasil (2004, p. 7) são definidos como grupos populacionais de risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama:

- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade;
- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária;
- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.

O tratamento do câncer de mama envolve uma abordagem multiprofissional, a fim de ofertar uma atenção mais integral à saúde da mulher nesse momento de grandes desafios, físicos, emocionais, psicológicos e sociais. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p.11) “*as modalidades terapêuticas disponíveis atualmente são a cirúrgica e a radioterápica para o tratamento loco-regional e a hormonioterapia e a quimioterapia para o tratamento sistêmico*”.

Esmeralda, uma das mulheres entrevistadas nessa pesquisa relatou estar com um nódulo na mama a aproximadamente um ano (na época da entrevista) e que sua mãe está em tratamento para câncer de mama. Refere inclusive que já observou um aumento no tamanho do nódulo citado, como observamos nas falas abaixo:

Eu não sei... Eu tô com um caroço aqui (apontou para a mama esquerda) mas eu sou mundo nova pra ter essas coisa... Então isso aqui pra mim é bobagem néh? ...é, um carocinho... Mas agora já tá bem maiorzinho já néh?... (Esmeralda).

[...] Eita, faz um ano já... eu sinto ele...mas eu também não reclamo médico não... (Esmeralda).

Minha mãe tem câncer no seio sabia? [...] minha mãe tem... e eu não conheço nada, só sei que minha mãe tem... (Esmeralda).

Essa usuária da Casa Esperança apresenta pelo menos um dos fatores de risco para desenvolver o câncer de mama, baseado nas diretrizes do Ministério da Saúde (2004) para seu diagnóstico precoce no Brasil, que é a mãe estar em tratamento para essa doença, como vimos anteriormente.

Analizando o Manual de Atenção à Saúde da População em Situação de Rua no Sistema Único de Saúde – SUS, cujo objetivo principal é “*ampliar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde dessa população*”. (Brasil, 2012, p. 11), podemos concluir que não existe nenhuma indicação ou menção sobre para essa doença que mata milhares de mulheres em todo o país.

As doenças mencionadas no referido manual são de evolução lenta e que seu tratamento baseia-se principalmente a nível ambulatorial, a atenção básica é um espaço prioritário para o fortalecimento do cuidado e a criação de vínculo na rede de atenção à saúde. Para uma inserção efetiva do Sistema Único de Saúde - SUS, a porta de entrada prioritária na Atenção Básica - AB para a população em situação de rua se faz através das equipes do Consultório na Rua.

Tirando-se o fato de que o câncer de mama é a segunda maior causa de morte entre as mulheres no Brasil, e que quando não mata mutila, deveria ser pelo menos citado no Manual do Ministério da Saúde, como uma das doenças prioritárias para diagnóstico precoce, assim como o diagnóstico da Tuberculose está para controle desta doença.

O Brasil possui inúmeras políticas de saúde implantadas a nível de atenção básica. No caso da saúde da mulher, começa desde a gravidez, pré – natal e puerpério, prevenção de DST's até chegar ao Câncer de mama e útero. O problema dessas políticas é que para a população em situação de rua algumas ações em determinadas situações não são tão simples de serem implantadas, como no caso do câncer.

A equipe de abordagem do Consultório na Rua possui protocolo de ação para as doenças que estão definidas naquele Manual, mas para as demais patologias que não estão, para onde encaminhar, quem referencia essa paciente, o tratamento é demorado, é complexo, pois depende de inúmeras variáveis como alimentação adequada, moradia para retorno das sessões de quimioterapia e radioterapia, condições de higiene mínimas para possíveis internações, enfim, o próprio Ministério da Saúde não consegue visualizar o grau da complexidade que envolve buscar uma atenção ‘integral’ baseada nos princípios do SUS.

A criação de um Consultório na Rua é louvável, pois se não fosse a implantação desta estratégia em cidades isoladas pelo Brasil afora, nem essas

doenças citadas pelo Manual de Atenção à Saúde da População de Rua teríamos o conhecimento, mas e a continuidade? Para onde encaminhar? Quem acompanha esse paciente? E aqueles usuários que nunca procuram o Consultório na Rua, no caso específico da cidade do Guarujá, que a equipe fica no aguardo de ser procurada pela busca da prestação dos seus serviços?

A proposta do Ministério da Saúde para a implantação do Consultório na Rua é boa, mas precisa ser melhor pensada e articulada com outros setores das políticas públicas de saúde, assim como toda a Política Nacional de Atenção à Saúde da População em Situação de Rua.

3.2.1.7. Retinose Pigmentar – RP.

Segundo a Associação Retina Brasil²⁷, grupo de pacientes que colaboraram na busca por informações e tratamento de doenças degenerativas que afetam a retina a Retinose Pigmentar - RP está relacionada a um grupo de doenças hereditárias, que provocam degeneração da retina, estrutura localizada no fundo olho responsável pela captura das imagens a partir do campo visual.

Tem como manifestação clínica a perda gradativa da acuidade visual, devido à morte dos bastonetes e cones - as células fotorreceptoras. Os bastonetes são afetados primeiro, devido à alta concentração nas regiões periféricas da retina e por carência de luz são estimulados causando a degeneração celular, afetando a visão periférica e noturna²⁷.

A visão central é perdida quando os cones localizados na região central são afetados perdendo a percepção das cores. A cegueira noturna é um dos sinais iniciais mais frequentes da Retinose Pigmentar. De acordo com a Associação Retina Brasil²⁷, é uma doença progressiva e a taxa de progressão com o grau de perda varia de uma pessoa para outra. Em famílias com história de Retinose Pigmentar, os homens são mais frequente e severamente afetados. Mulheres apresentam a perda da visão com menos frequência.

²⁷ Associação Brasileira fundada em 2002 e filiada a duas associações internacionais: a Retina Internacional (www.retinainternational.org) e a AMD Alliance (www.amdalliance.org). Fonte: <http://retinabrasil.org.br/site/quemsomos>.

Após a liberação do Comitê de Ética para iniciar a coleta de dados, o primeiro entrevistado da pesquisa foi Quartzo. Em sua entrevista afirmou ser portador de Retinose Pigmentar, obviamente com suas palavras, mas que foram confirmadas com exames, e descreveu que era um problema hereditário, conforme se observa no relato:

Esse pobrema no olho é de nacença, são 4 irmãos, eram 4 né... 3 morreu já... É ‘Hipnode piramental’... Eu sou portador de cegueira, portador de cegueira é pessoa que herda... É genético... (Quartzo).

Para a Retinose Pigmentar – RP não existe um tratamento eficaz, os cuidados estão em orientar sobre a atenção com a baixa visão para manter a independência do paciente.

3.2.1.8. Micoses:

As Micoses são alterações fúngicas que acometem muitas pessoas em situação de rua pelo fato de estarem constantemente em contato com poeira, umidade, sujidades por onde passam durante o dia e deitam a noite para dormir. Picadas de insetos e/ou machucados podem favorecer e/ou aumentar os possíveis o risco contaminação e infestação microbiana na pele dessas pessoas.

O Manual do Ministério da Saúde recomenda que se “avalie os pés e pernas dos moradores de rua”, pois “a mobilidade é essencial para a sobrevivência nas ruas”. (BRASIL, 2012, p. 58). Há muita ocorrência de calos e clavus na região plantar, e o tratamento vai gerar impacto na mobilidade dessas pessoas que dependem das ruas para sobreviver. Conhecer sobre os “fluxos de encaminhamento para cirurgia ambulatorial e rede de abrigamento é importante, pois, após a retirada dos clavus, estarão impossibilitados de andar por alguns dias”. (BRASIL, 2012, p. 58).

O tratamento para as micoses proposto pelo Ministério da Saúde não recomenda antifúngicos orais podem aumentar a hepatotoxicidade em usuários de álcool, oferecendo os tópicos. Recomenda “que a realização de curativos é um excelente momento para ampliar o vínculo e aprofundar a anamnese e, conforme a

demanda, poderão ser realizados pela equipe do Consultório na Rua in loco". (BRASIL, 2012, p. 58).

Tais recomendações na cidade do Guarujá simplesmente são inexistentes, pois os dois equipamentos públicos que oferecem atendimento a população de rua não dispõem de espaço físico (in) e nem adequado, o trabalho dos cuidadores não inclui atividades específicas de enfermagem (pois este é um caso), uma vez que pra desempenhar essa função não se exige qualificação técnica na área da saúde, qualquer ensino médio é suficiente na visão daqueles que elaboram as regras e determinam quem trabalha com esse público em questão.

3.2.1.9. Osteoartrose de Quadril Esquerdo:

Segundo Matos e Araújo (2009, p. 511) a osteoartrose ou osteoartrite tem por característica a degeneração da cartilagem articular, espessamento ósseo subcondral e proliferações osteocondrais marginais.

É uma doença reumática, de progressão lenta e idiopática das articulações sinoviais, ocorrendo principalmente em períodos avançados da vida ou ainda decorrente de algum trauma. A dor é a principal queixa, que intensifica a medida da evolução do quadro, com piora aos movimentos e melhora com o repouso (MATOS; ARAÚJO, 2009, p. 511; BIASOLI; IZOLA, 2004. p. 133; PATRIZZI et al. 2004, p. 185).

De acordo com Matos e Araújo (2009, p. 511), boa parte das pessoas que apresentam Osteoartrose tem alterações significativas em atividades diárias básicas como higiene, cuidado pessoal, marcha, sono, tarefas domésticas, além do desempenho sexual, profissional e social.

Para Biasoli e Izola (2004, p.133), alguns pacientes apresentam dores com características mecânicas, surgindo ou piorando com inicio de movimentos, rápida rigidez matinal, crepitação podendo ser palpável ou audível com a mobilização da articulação envolvida, além de hipotrofia muscular, deformações e no caso das articulações interfalangeanas, surgirem nódulos.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde – OMS, citados por Matos; Araújo, (2009, p. 512) estima-se que 10% da população na faixa etária acima de 60 anos sofrem com a doença, e aponta que 80% destes tenham restrições aos movimentos e 25% apresentam limitações laborais para as atividades diárias.

No Brasil não há estudos sobre a prevalência dessa doença e nem sobre os impactos dos custos sociais envolvidos, uma vez que a expectativa de vida da população brasileira vem aumentando, e essa patologia afeta indivíduos a partir dos 40 anos. (MATOS; ARAÚJO, 2009, p. 512).

Essas autoras apontam ainda como tratamento a artroplastia do quadril. Que nada mais é que a substituição cirúrgica da articulação por componentes protéticos, quando não há sucesso nas medidas conservadoras, como “*medicação, proteção da articulação, auxílio para a locomoção durante a marcha, perda de peso e reeducação para as atividades*.

Dos 5 entrevistados na Casa Proteção, uma senhora de 64 anos apresenta esse Diagnóstico de Osteoartrose de Quadril Esquerdo e Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS, conforme mencionado anteriormente. Seu tratamento para a osteoartrose limita-se em tomar analgésicos para dor e fazer fisioterapia que a condução da prefeitura a leva, enquanto que para a Hipertensão ela busca tomar as medicações adequadamente.

Como podemos observar na fala abaixo, quando questionada sobre seu problema e consequentemente tratamento de saúde, Rubi responde:

Eu tô com problema de... ossos, que eu saio pra ir pros lugar e num consigo volta, [...] porque ele desloca. Tá entendendo? acabô aquela... ‘catilagem’, acabô tudo. Tá entendendo? (Rubi).

3.2.2. Acesso aos serviços e uso de medicamentos.

A “*Igualdade de acesso para necessidades iguais*” (COHN et al, 2010, p. 67) é um dos princípios técnicos que primeiramente, depende do provimento das condições estruturais como recursos humanos e materiais, planejamentos e outros, que por si já regularizam as demandas dos serviços de saúde pela população.

Para Cohn (2010) o acesso, partindo da distribuição espacial dos equipamentos e dos serviços é a condição primária na viabilização da utilização dos recursos pelos usuários, constituindo-se um elemento fundamental embutido no princípio da igualdade.

O acesso igualitário e universal às ações e serviços para promoção, prevenção e recuperação da saúde é uma exigência constitucional para que a equidade seja garantida no princípio de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado.

Segundo Cohn et. al (2010), “*as políticas de saúde apresentam, reiteradamente, o acesso do usuário aos serviços como um paradigma básico para planos nacionais e projetos regionais e locais de ampliação da rede de serviços existentes*”. Essa questão do acesso aos usuários nos serviços de saúde é uma questão discutível e complexa para toda a sociedade em geral, pois não é incomum e nem de desconhecimento social a precariedade que o sistema de saúde brasileiro se encontra, refletido nas precárias condições das estruturas físicas em que se encontram os hospitais, unidades básicas de saúde, policlínicas, etc; a falta de recursos humanos capacitados e qualificados para atender os usuários da rede pública, incluindo a população em situação de rua; a demora na marcação de consultas e exames para quem necessita de imediato, independente se tem domicílio fixo ou se ‘residem ao vento’; a discriminação que no caso dessa população recebe nos serviços por parte dos profissionais que muitas vezes julgam sua aparência física condenam seus comportamentos, quando deveriam simplesmente consultá-lo, como observamos nas falas:

[...] eu vou no médico... No pronto socorro, na UPA... E como demora pra ser atendida, viu?... Demora... (Esmeralda).

Às vezes no cardiologista eu tenho sorte de ir e já consegui passar com ele, mas agora mesmo eu fui lá esse mês passado elas falaram que era pra mim ir esse mês pra agenda... eu não sei se ele viajou ou cume que é num pedi muita satisfação não... ai elas falaram pra mim ir esse mês... (Rubi).

Já, já... Foi sábado, entrei sábado a tardezinha meu organismo começou a pedir álcool... A ‘abestinença’ né? Eu fui na UPA, tava em ‘abestinença’ do álcool e o médico perguntou donde tu é? Eu falei do albergue, ele... Ah não, é álcool, pode ir... Aí já mete uma injeção, já mete um soro, ...aí eu falei que sou diabético, aí ele pediu pra fazer um dextro, né... Se tiver alto faz a ‘sulina’... Mas, quando fala é do albergue: ah, é álcool... Bebeu todas... Só assim que eles falam... Até que eles tão certo né? É assim que eles falam... (Topázio).

Essa dificuldade de acesso não está restrita somente aos usuários que procuram diretamente os serviços de saúde, mas é vivenciada também pelos profissionais que trabalham com a população de rua, como veremos na fala de Jade quando se refere ao preconceito que essa população enfrenta:

Existe ainda... Existe, tirar o preconceito de muitas pessoas, muitos profissionais, dos locais, é aquilo que eu te falei, éh... Se a pessoa não for acompanhada muitas vezes não é nem atendida... Entendeu? E a gente também, por mais que a gente queira fazer... Um morador de rua que chega aqui no albergue ele não gera um atendimento é uma demanda enorme... Uma pessoa gera vários serviços... (Jade).

Segundo Cohn et.al (2012, p. 67) “*o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde é uma das exigências instituídas pela Constituição*”, afim de alcançar a equidade desejada no princípio da universalidade – a saúde é um direito de todos. Para esta autora o acesso deveria ser a base concreta para viabilizar a articulação funcional que sustenta a hierarquização da demanda que os serviços de saúde.

A garantia do acesso da população à rede de serviços de saúde é função prerrogativa do Estado e das políticas por ele formuladas para viabilizá-lo. Entretanto, a questão da acessibilidade brasileira numa visão técnica, considera a disponibilidade a partir de dois pressupostos: a proximidade entre moradia e unidade prestadora do serviço de saúde e o grau de morbidade da demanda, ou seja, hierarquiza os diferentes tipos de serviços: da atenção básica até os mais complexos tecnicamente por assim dizer.

Na prática, a utilização dos serviços de saúde por toda a população dentro desta proposta do Ministério é falha, por diversos aspectos. Das estruturas físicas sucateadas; a falta de equipamentos, medicamentos, e materiais; carência de recursos humanos capacitados e qualificados, entre outras dificultam o trabalho em rede que inclusive a população de rua precisa para ter seus direitos primários garantidos, conforme a Constituição prevê.

Na fala de Jade, que veremos abaixo, ficou bem claro que seu trabalho com essa população fica comprometido, devido à demanda que cada usuário do equipamento traz consigo.

A rede na verdade existe furos, não por falta de compromisso, mas por não ter estrutura mesmo, o sistema é falho, entendeu? Então, tem serviços que não funcionam como deveriam funcionar, sempre fura em algum lugar essa rede, entendeu? Sempre falha em algum momento ou é a demora e nisso a gente já perde a pessoa e ela volta pra rua pela demora no atendimento, entendeu? Demora de consulta, de exame, que todo cidadão passa aqui, não é só privilégio dos moradores de rua... (Jade).

No caso da população em situação de rua as suas necessidades nem sempre são as que o governo acredita que sejam. As ações são voltadas para suprir necessidades imediatas num assistencialismo gerando um ciclo permanentemente vicioso, tanto para os usuários que se acomodam com as facilidades que recebem de alimentação, passagens, retirada de documentos, etc, quanto para o governo, que silencia e, no caso do Guarujá, afastam essas pessoas da rota do turismo, uma vez que os dois locais que atendem esse segmento, ficam no distrito de Vicente de Carvalho.

Embora o Brasil possua uma Política Nacional de Saúde, representada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, com diretrizes e doutrinas garantidas por uma Constituição Federal, isso ainda não é suficiente para garantir o acesso igualitário a toda à sociedade brasileira. As falhas constantes na rede das Políticas Sociais em que todo o cidadão brasileiro tem garantido por lei acabam por fragmentar a Política Nacional de Saúde, criando ‘pequenas outras políticas’, com objetivos de atender grupos de pessoas com maior vulnerabilidade social, como no caso, a população em situação de rua.

Segundo Cohn (2012, p.68):

[...] as diferentes formulações das políticas de saúde, levando em consideração a existência de uma rede sempre insuficiente para uma demanda cada vez mais diversificada, vem apresentando, reiteradamente, o critério de acesso como pressuposto da disponibilidade de serviços para prover o necessário atendimento às populações carentes.

A grande questão dessas ‘outras políticas’, embora estejam fundamentadas na Política Nacional é que acabam evidenciando a insuficiência do Estado em cumprir aquilo que se comprometeu nas diretrizes e doutrinas do Sistema Único de Saúde - SUS.

As políticas de saúde no Brasil se restringiram a atender as necessidades do atendimento médico, desconsiderando as condições de vidas de todos os usuários do sistema público de saúde e as suas maiores necessidades – nutrição, habitação e educação. A população acabou por traduzir as suas necessidades concretas de atenção à saúde, apenas na assistência médica. A grande maioria da população busca pelos serviços de saúde quando apresenta algum contexto de doença se apresenta individualmente. A população não é despertada para pensar em saúde sob a ótica de buscar condições necessárias para manter a saúde (COHN, 2012).

A saúde precisa ser pensada como uma questão de cidadania, e essa concepção não se baseia no âmbito coletivo, surgindo daí a principal busca por serviços quando existem riscos concretos e mensuráveis, onde a busca pela cura predomina na perspectiva pela assistência (COHN, 2012).

Segundo Faleiros (2006), nas sociedades capitalistas só existe um discurso dominante: o da igualdade. Igualdade de oportunidades, da garantia de acesso do sujeito, a bens e serviços na condição de cidadão, recebendo o nome assim de *universal*, ou seja, sem discriminação de barreiras sociais, raciais, partidárias, físicas e religiosas. Todos têm direito ao mínimo.

O acesso geral à educação, à saúde e à justiça existente na Europa decorre de direitos estabelecidos numa vasta legislação que se justifica em nome da cidadania. O cidadão é um sujeito de direitos sociais que tem igualdade de tratamento perante as políticas sociais existentes (FALEIROS, 2006, p. 20).

Na Europa, ter igualdade, no contexto das políticas sociais, é ter garantido o mínimo para manter a subsistência do indivíduo em circunstâncias de menoridade ou velhice, onde ricos e pobres recebem os subsídios universais a todos os cidadãos. Tal garantia tem origem no direito de retribuição dos contribuintes e de participação política nos destinos da nação (idem).

A cidadania é o reconhecimento da soberania da nação sobre o Estado, do povo sobre o governo, da sociedade civil sobre as instituições [...] nos países de capitalismo central há também programas especiais: para os trabalhadores de baixa renda, para os desempregados e para os excluídos do trabalho (FALEIROS, 2006, p. 22).

Após o processo de redemocratização no país a partir da Constituição de 1988, segundo Carvalho (2013) a cidadania foi desdobrada em direitos civis, políticos e sociais e os cidadãos assim classificados: “*Cidadão pleno seria aquele que fosse titular dos três direitos. Cidadãos incompletos seriam os que possuíssem apenas alguns dos direitos. Os que não se beneficiam de nenhum dos direitos seriam não cidadãos*”. Carvalho (2013, p. 9).

Esse autor ainda esclarece que:

Direitos civis – são os direitos fundamentais à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade perante a lei [...]; Direitos Políticos – tem como instituição principal os partidos e um parlamento livre e representativo. São eles que conferem legitimidade à organização política da sociedade [...]; Direitos sociais – permitem às sociedades politicamente organizadas reduzir os excessos de desigualdade produzidos pelo capitalismo e garantir um mínimo de bem estar para todos. A idéia central em que se baseiam é o da justiça social (CARVALHO, 2013, p 9 - 10).

Partindo da análise do que os autores Faleiros e Carvalho expõem como ‘cidadania’, podemos afirmar que quase ninguém no Brasil é um cidadão, pois tendo em vista que o Brasil possui um histórico de formulação de políticas públicas e sociais sempre em caráter emergencial e o terapêutico para a recuperação da força de trabalho (COHN, 2012), fica claro que as políticas sociais surgem como dádivas e não como direitos, “*relacionando-as em seguida com as exigências do capital para valorizar e reproduzir a força de trabalho e com as lutas sociais e crises do capitalismo*”. (Faleiros, 2006, p. 8).

Nos países periféricos, o Brasil é um deles, devido à profunda desigualdade de classes, as políticas sociais não são de acesso universal. As políticas são categoriais, como afirma Faleiros (2006), ou seja, são as que visam categorias específicas da população como trabalhadores, crianças, desnutridos, certos tipos de doenças como hanseníase e tuberculose, a população em situação de rua, através de programas criados a cada gestão governamental, segundo critérios clientelista e burocráticos (idem, pg.25).

Assim, as medicações que os entrevistados relataram que fazem uso são em partes oferecidas pelas Unidades Básicas de Saúde – UBS, outras são adquiridas por alguns entrevistados, como observamos nas falas.

Quartzo, entre todos os demais entrevistados demonstrou que quando recebia orientações sobre sua saúde, buscava participar melhor fazendo a sua parte no tratamento, conforme observamos nas falas abaixo:

Quartzo: Quando questionado sobre quais as medicações que faz uso continuamente, respondeu:

Tomo, losartana... Tomo um comprimido de manhã e um de noite... (Quartzo).

Quartzo respondeu sobre como faz para conseguir as medicações que usa regularmente:

Ah, eu tinha o comum... Que todo mundo tem, que é a bronquite né... Só isso... Algum pobrema mais... Na época eu fumava... Depois eu parei, já tem 7 ano que eu parei... (Quartzo).

É... Que aí eu uso bombinha... Eu compro bombinha, compro losartana... (Quartzo).

Eu trabalhava com serviço pesado, como eu parei com serviço pesado, aí a pressão começou a subir, que meu pai morreu de derrame “celebral”, é genético né... Aí... (Quartzo).

Topázio relata que as medicações individuais ficam dos usuários ficam sob a responsabilidade dos cuidadores, que oferecem aos seus respectivos destinatários nas horas prescritas. Entretanto, ele sempre tem uma medicação em seu poder, como se observa em seu relato:

Aqui ninguém fica com o remédio... Apesar quando eu quero pegar o remédio, vou falar uma coisa, existe aquela manipulação... Né? Eu mesmo vou lá na UPA, tipo assim, eu tô com dor de dente... (Topázio).

Esse comportamento representa bem uma espécie de ‘Lei da sobrevivência’, baseada no cada um por si, e que vença o mais forte. Quem for esperto manipula o sistema, pois como saber se a ‘dor de dente’ é verdadeira ou não?

Há um relato de que algumas pessoas em situação de rua procuram a sede da Secretaria de Saúde em busca de tratamento para drogas,

A grande questão é em que situação essas pessoas estão chegando, né? Então nós temos a questão do etilismo ou de outras drogas né? Que muitos vem procurar, eles chegam até o serviço, então tem toda uma... Toda uma orientação para o atendimento dele... Ai ele volta pra rua. Que eles chegam e até procuram tratamento, como nós tivemos um caso em que ele veio procurar ajuda, então a gente ofereceu todo aquele tratamento que ele precisa e que está no protocolo do serviço, dai então ele não tinha para onde ir, a gente procurou o [...], e não tinha, o [...] estava lotado, ele ia voltar pra rua, só que na rua a situação pra saúde dele já era comprometedora né? Esse ainda querendo, ele foi pra rua e voltou no dia seguinte, mas ai chegou o fim de semana, a gente pensou será que ele volta na segunda? E ele voltou, ele ficou na rua, esperou até segunda feira, mas quando chegou a gente não tinha aonde colocar... (Ametista).

Que toda a sociedade civil tem a sua parcela de contribuição na construção de um bem estar social comum a todos é notório. Mas esse fato não isenta o poder público, de planejar, incluir, investir e equipar os seus próprios instrumentos que atendem esse importante grupo da população excluído e escondido à margem da sociedade.

Em nenhuma das falas foi observado iniciativa das autoridades e dos gestores municipais, um planejamento incluidor e eficiente voltados para que esses indivíduos retornem de volta a sociedade e as suas famílias. Muito pelo contrário, o que houve foi em um momento a desarticulação de um planejamento individual que estava na época sendo pensado, por parte de uma coordenação da área da saúde para atender essa população de rua.

Eu tenho uma terapeuta ocupacional, que é a [...] ela trabalha no CAPS III, que ela desde o começo... que eu assumi essa coordenação, ela ficou... Até no começo quando eu fiz a minha estrutura, o meu planejamento pra essa área, eu a coloquei pra ficar como responsável por essa área, dos moradores de rua, do trabalho em rede... ficar né...? pegando aqueles casos que estão escapando né? Que estão soltos na sociedade, enfim

trabalhando nisso. Mas infelizmente, na época o secretário disse que naquela parte, não iria criar estrutura. (Ametista).

Até o inicio deste ano não havia um planejamento concreto para a formulação de uma política pública a nível local para atendimento dessa população. Várias cidades brasileiras já se organizaram para mapear as condições de saúde dessa população com relação à doenças crônicas e/ou infectocontagiosas, entretanto no Guarujá, até a época da nossa entrevista, não havia nada de concreto, como observamos na fala de Ametista, quando questionada sobre conhecer a saúde de rua dessa população:

Então, de forma organizada ainda não, inclusive eu tenho uma reunião marcada com o pessoal da vigilância Epidemiológica aqui pra gente organizar essa assistência né? Essa reunião tá marcada juntando o pessoal da vigilância, o CAP's e o Creas, que a gente vai estruturar a questão do cuidado pra esses tipos de patologias que estamos tendo, então a organização desse serviço está por vir, porque o que a gente faz é nesses casos que quando tidos é identificando e vai buscando tratamento né? Mas uma coisa estruturada ou anterior a essa identificação do morador de rua... mas é uma coisa que está à caminho... (Ametista).

O que se observa é um trabalho deficiente, mas que só existe porque os profissionais que estão à frente dos equipamentos não desistem do que fazem. A implantação da Equipe do Consultório na Rua, conforme preconiza o Ministério da Saúde (2008), seria uma alternativa para resolver problemas como o diagnóstico precoce de comorbidades na prevenção de agravos a saúde dessas pessoas.

Então eu acho assim, que tem todo um trabalho ai a ser feito que é tá junto com esse povo que reúne né?... A assistência, a saúde, com o apoio da parte da segurança pública que tá junto... Mas tem um trabalho a ser feito, mais encontrado, com ações mais sistemáticas e pra dar mais apoio ao morador de rua, que nem foi com a senhora da barca, a gente teve sucesso porque a agente correu, porque a gente não pode força-la ao tratamento né, mas também teria que fazer isso com todos né, mas nossas pernas são pequenas e a gente não tem só um morador de rua, tem os outros que precisam de cuidados, mas é uma área que eu acho ainda que está descoberta... (Ametista).

Falas evasivas, respostas repetidas, discursos políticos com muitas palavras, mas sem nada a dizer. Como podemos ver, o problema é antigo. Muitos que hoje estão com mais de 60 anos vivendo em situação de rua, chegaram nesse infortúnio quando ainda tinham 40 anos. Quantos anos mais passarão os que

atualmente estão com 20, 30 ou 40 anos que estão nas ruas, mas que não surgiram nesta pesquisa por não preencherem os critérios de inclusão deste estudo especificamente?

3.3. EIXO: REPRESENTAÇÕES DO MORADOR DE RUA SOBRE SAÚDE/DOENÇA.

Neste estudo observou-se que as representações sociais sobre ter saúde e estar doente foi um dos aspectos que interfere nas condições de viver e sobreviver na rua.

As representações sociais, segundo Jodelet (1989) são modalidades do conhecimento prático orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos. São, segundo Spink (1993), formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos – imagens, conceitos, categorias, teorias – mas que não se reduzem jamais aos componentes cognitivos. Socialmente elaboradas e compartilhadas (SPINK, 1993), as representações sociais contribuem para a construção de uma realidade comum que possibilita a comunicação entre os sujeitos. Assim:

As representações são, essencialmente, fenômenos sociais que, mesmo acessados a partir do seu conteúdo cognitivo, têm de ser entendidos a partir do seu contexto de produção. Ou seja, a partir das funções simbólicas e ideológicas a que servem, e das formas de comunicação onde circulam. (1993, p.300).

Como formas de conhecimento prático, as representações inserem-se nas correntes que estudam o conhecimento do senso comum. Nesta ótica, as correntes que estudam os saberes enquanto saberes, formalizados ou não, procuram, segundo a autora, superar a clivagem entre ciência e senso comum, tratando ambas as manifestações como construções sociais sujeitas às determinações sócio-históricas de épocas específicas. (SPINK, 1993).

Nesta investigação, o que se pretende é colocar em evidência as implicações práticas da representação social. Assim, o sujeito (individual e coletivo) é interpretado como produto e produtor da realidade em que vive. Sujeito que:

[...] não é apenas produto de determinações sociais nem produtor independente, pois que as representações são sempre construções contextualizadas, resultados das condições em que surgem e circulam. (SPINK, 1993: 303).

Assim, as representações sociais são, concomitantemente, campos socialmente estruturados que só podem ser compreendidos quando referidos às condições de sua produção e aos núcleos estruturantes da realidade social.

São construções porque sendo representações de um sujeito sobre um objeto, não são nunca reproduções deste objeto. Segundo Spink (1993), a relação com o real nunca é direta, é sempre mediada por categorias histórica e subjetivamente constituídas. Para a autora, as representações sociais são necessariamente estruturas dinâmicas.

Podemos observar como está representada para alguns atores sociais entre a população em situação de rua do Guarujá o significado de saúde e doença em algumas falas abaixo:

Para Rubi, saúde comprehende um conjunto de produtos sociais que variam das necessidades humanas básicas como alimentação até a liberdade para realizar seus sonhos sem culpa, a despeito do que os outros irão pensar ou não.

Olha saúde é a pessoa ser limpa, é ter bom dentes, é se alimentar muito bem, éee é sabe pelo menos lê um pouco num digo muito mas pelo menos um pouco é muito bom saber lê, é... 'tê' uma religião é uma coisa que eu num tenho, mas é muito bom [...] eu num tenho casa, então em cada lugar que tu tá a religião é uma é outra cume que eu vou falar que eu tenho religião eu num tenho eu vou passar a ter religião quando eu tiver minha casa ai eu vou decretar essa é minha religião eu 'tô' veia morrendo mesmo mas essa vai ser minha religião por enquanto eu não tenho né, e que mais que é saúde pra mim, é... uma pessoa sê feliz a pessoa sê feliz , inte é entender a situação, e num culpa ninguém, entendeu, da situação e nem se senti culpado, que eu sou assim, eu não culpo ninguém da minha vida e nem me sinto culpada, sê tá entendendo, e é assim sei lá é o mínimo que que ainda restô pra mim poder fala sobre saúde. (Rubi).

Sobre doença, Rubi relata a doença física, mas destaca a ‘doença da alma’, que segundo ela, são as que mais causam dores:

Olha doença eu já tive, eu já tive doença no pulmão, eu já tive diabete [...] É e essa pressão né que judia de mim judia e eu não sinto nada se entende?... Eu num sinto nada agora se ela baixa pra 16 minha filha eu num levanto, se vê que coisa, Deus me livre se ela abaixa eu num posso ela tem que tá no nível 16 pra 17, 18 pra tá... pra mim tá..., se abaixa de 16 pronto eu não aguento não aguento de jeito nenhum, e então quer dizer que é uma doença que é, ela é uma doença assim como a gente, quando se é traída como que fala é uma doença assim, que te pega de surpresa que te... sorrateira... é uma doença que te pega assim que pra você ter um ataque cardíaco... É uma doença covarde... Né é, é uma doença assim né, então tem muitas doenças né, como tem também doenças de pessoas que só pensam mal só deseja mal só, sei lá né, isso também é uma doença pior que tem né? a doença e, e muitas, tem muitas doenças se agente vai falar que não é só aquela doença de corpo doença é doença de mente de alma, né que também machuca é dói ‘pa’ caramba e assim por diante é, é o que eu tinha pra te falar... (Rubi).

Para Quartzo, saúde significa ausência de dor, mas também é ter disposição para trabalhar, é ser bem humorado, não se irritar com os amigos:

Saúde é você ter um corpo saudável, que não dói, que você deita de noite, descansa, dorme... Não tem insônia, se não tem insônia, se deitar, descansar e não ter dor quando levanta é a melhor saúde que tem e não ter dor de estômago... Não tendo essas 3 coisa, pra mim é a melhor saúde que tem... Você ter disposição pra você ‘trabaia’, você não se irrita a toa, não fica nervoso com os amigo, acorda de bom humor, vai ‘trabaia’ de bom humor porque não tem dor... Entendeu? Isso pra mim é saúde... (Quartzo).

A doença para Quartzo está com o fato de ter que se esconder por está com Tuberculose, mas ele lança uma questão: e quem tem essa doença e não protege nem a si e nem aos outros? Como observamos na fala abaixo:

Essa é uma coisa ruim. Tem dois tipo de doença... A bronco - pneumonia asmática, é muito triste, porque você quer puxar o ar e um consegue, aí tem que tomar inalação essa é triste... E a tuberculose que você tem que andar escondido... Porque ninguém senta perto de você, só senta quem entende... Quem não entende não senta perto, ai eu falo pra eles, se a pessoa tem medo de pegar tuberculose ele num anda nem de onibus, não vai na feira livre, não anda na balsa... Porque é cheio de pessoas com tuberculose mas não usa a máscara porque tem vergonha, então é fácil de pegar porque é abafado, quanto mais quente, mais longe o vírus vai... (Quartzo).

É esta característica de flexibilidade e permeabilidade que a distingue, conforme afirma Moscovici (1989), das representações coletivas de Durkheim ou, mesmo das representações culturais de Sperber (1989, *apud* Spink, 1993: 7)

Para Diamante, tanto a saúde quanto a doença estão ligadas a espiritualidade:

Pra mim é a melhor coisa na vida é a saúde. É a melhor coisa que uma pessoa pode ter. Vida é saúde, primeiramente Deus, né? Sou católico, mas acho que Deus existe porque depois de Deus é a saúde da pessoa... Que a pessoa sem saúde ela num tem nada... Primeiro Deus, e a pessoa sem saúde... A pessoa sem saúde eu acho que não é nada... (Diamante).

Sobre doença refere:

É muito ruim, é a pior coisa do mundo. É a última coisa. A pior coisa é a doença. Saúde é a melhor coisa no mundo depois de Deus. E a doença é a pior. (Diamante).

Assim, as representações sociais são, concomitantemente, campos socialmente estruturados que só podem ser compreendidos quando referidos às condições de sua produção e aos núcleos estruturantes da realidade social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi através da professora Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto e do NEPEC – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Condições Sociais e Saúde Coletiva (extinto em dezembro de 2013) do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos que ouvimos pela primeira vez a respeito da importância de se estudar academicamente sobre as pessoas em situação de rua, deixando o senso comum e analisando pelo viés da ciência os motivos, as realidades, as situações, as injustiças, a falta de oportunidade social, a falta de acesso aos sistemas de saúde, enfim, todos os problemas que envolvem esse importante, mas renegado, tema social.

Depois de dois longos anos de pesquisa, leituras, entrevistas, orientações acadêmicas, visitas aos instrumentos públicos que atendem as pessoas em situação de rua na cidade de Guarujá/SP, chegou-se ao término dessa dissertação de mestrado.

Este estudo teve como principal objetivo conhecer a população em situação de rua, suas condições de vida, de saúde – doença e o acesso destes às instituições públicas prestadoras de assistência à saúde na cidade do Guarujá/SP através da metodologia da pesquisa qualitativa.

Através dos dados que foram coletados nas entrevistas com os moradores de rua e com os profissionais dos serviços procurou-se focar nos objetivos da pesquisa, embora a riqueza dos conteúdos, por mais tenham sido trabalhados, ainda podem oferecer subsídios para outros estudos.

Os resultados apontaram que, em nosso país, que há mais de vinte anos vive a chamada estabilidade econômica, ainda não se constitui um local de oportunidades iguais para todos e para todas. Quando olhamos para trás percebemos que algumas conquistas existem e são realidades. Todavia, quando olhamos para os tempos atuais e também para os desafios do futuro nos deparamos com a realidade de que há muito ainda a ser feito, do ponto de vista do cumprimento dos princípios básicos assegurados por lei, a cada um dos brasileiros. Educação,

saúde, moradia, transporte, lazer e oportunidades sociais são direitos de todos os cidadãos brasileiros e é dever do Estado proporcionar o acesso a eles.

Nosso país é rico sob vários os pontos de vista. Entretanto, cada dia mais pessoas vivem nas e das ruas. Na cidade do Guarujá, esse retrato social não é diferente. Esse trabalho demonstrou que a realidade da cidade segue o mesmo padrão do restante do Brasil, não por falta de recursos a serem aplicados nos projetos sociais com essa população, mas, pela falta de iniciativa política e governamental em implementar a Política Nacional voltada para esse segmento populacional, como realmente é preconizada.

A cidade recebeu mais de seiscentos milhões de reais em 2010, entre Receita Corrente e Receita Tributária, esta última representou a maior fonte de recursos do município, com 48,8% do total arrecadado, o IPTU – Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana a mais importante fonte de recursos deste grupo de receitas, representou 27,1% da receita orçamentária do município. Assim, a falta de recursos financeiros não pode ser utilizada para que a implantação de um serviço especializado como o Centro Pop seja inaugurado na cidade, para atender a população apenas de forma assistencialista, e puramente higienista social.

Como sugestão, apresentamos a proposta de ampliação dos programas de assistência, vinculados com outras políticas públicas de incentivo a moradia, educação, reinserção para o trabalho e para a sociedade, saúde, enfim, um trabalho em rede eficaz, como já acontece em Belo Horizonte como vimos anteriormente neste trabalho.

O perfil do morador de rua na cidade do Guarujá, segundo idade, escolaridade, situação de trabalho, estrutura familiar e motivo pelo qual se encontra nas ruas, não diferem de outros estudos anteriores citados. As doenças encontradas fazem parte do mesmo universo. O acesso aos serviços (saúde e assistência social) e o atendimento prestado ao morador de rua mostrou que a legislação de proteção vigente está muito longe de ser concretizada.

Observou-se que há serviços, mas o trabalho com a população de rua ainda é bastante precário na cidade do Guarujá tornando a situação, de morar na rua e viver na rua, crônica. Assim, mais do que leis, decretos, planos e projetos são necessárias ações concretas para o atendimento da população em situação de rua.

Enquanto desenvolvíamos esse trabalho fomos percebendo que o tema era imenso e as demandas sociais implicadas no mesmo eram enormes diante da nossa capacidade de abracer toda a realidade das pessoas em situação de rua. Mas, não nos retraímos em nosso desejo de completar a nossa pesquisa e contribuir com alguma discussão pertinente a esse tema. E foi o que fizemos. Quanto mais nos debruçávamos sobre o tema, mais envolvidos ficávamos, e quanto mais envolvidos, mais desafiados a prosseguir. E enquanto conversávamos com as pessoas, ouvindo suas histórias, e suas lutas pela vida, mais ficávamos indignados com a exploração, com a pobreza, com as doenças, com a falta de oportunidades, com os desencontros das pessoas com seus amores, seus parentes, seus amigos, suas vidas. Esse trabalho contribuiu para gerar essa “boa indignação”.

A pesquisa buscou dar sentido ao universo dos significados, dos motivos, aspirações, crenças, dos valores e atitudes, adquiridos no processo histórico social. Esse conjunto de fenômenos humanos que é compreendido como parte da realidade social. Como foi dito na introdução desse trabalho, foi uma experiência única e marcante realiza-lo. Fomos enriquecidos com as histórias emocionantes e, ao mesmo tempo, tristes com a dura realidade que cerca as vidas dessas pessoas.

Acreditamos que os objetivos que nos propusemos nesse estudo foram alcançados, embora seus resultados não possam ser considerados definitivos, mas, instigadores para que outros pesquisadores se debrucem sobre o problema. Assim, através da particularidade do recorte geográfico estudado, esperamos ter contribuído para a compreensão da questão da situação da população de rua na Baixada Santista, suas condições de vida, de saúde, emoções e riscos.

Embora este trabalho, tenha sido produzido como exigência acadêmica para completar o Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, serviu também para nossa formação enquanto cidadã. Educar é muito mais do que se obter conhecimento é ainda um ato que visa à convivência social, a cidadania e a tomada de consciência política. A universidade além de ensinar o conhecimento científico, deve assumir a incumbência de preparar as pessoas para o exercício da cidadania. A cidadania é entendida como o acesso aos bens materiais e culturais produzidos pela sociedade, e ainda significa o exercício pleno dos direitos e deveres

previstos pela Constituição da República. Acreditamos que essa dissertação de mestrado nos ajudou nessa caminhada. Valeu muito.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- AREOSA, J. O Risco no âmbito da teoria social. VI Congresso Português de Sociologia. Mundos Sociais: Saberes e Práticas. Núm. De Série: 323. 25 a 28 de Junho de 2008.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-140.
- BIASOLI, M. C., IZOLA, L. N. T. **Aspectos gerais da reabilitação física em pacientes com osteoartrose.** Rev. Bras. Reumatol. V. 44, n. 3, p. 133-136, mai./jun., 2004. Disponível em: <<http://ucbweb2.castelobranco.br/webcaf/arquivos/112649/1257/>>. Acesso em: 09 abril 2014.
- BRASIL, 2005. Política Nacional de Assistência Social – PNAS. Ministério do Desenvolvimento Social e combate à Fome – MDS. Brasília, 2005
- BRASIL. Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS – NOBRH/SUAS. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS. Brasília. 2011.
- BRASIL, 2009. Decreto Nº 7.053 de 23 de Dezembro de 2009. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm>. Acesso em: 04 abril 2009.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social - MDS. **Rua: Aprendendo a Contar. I Censo e Pesquisa Nacional sobre população de rua.** 2009. Acesso em 04/10/2012. Disponível em: <<http://mds.gov.br/informacao/legislacao/assistenciasocial/decretos/2009/pdf>>.
- BRASIL, 2010. Manual de Orientação Técnica. Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua – Centro Pop. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/populacao-em-situacao-de-rua-cadastro-unico-e-servicos-socioassistenciais/arquivos/servicos-de-acolhimento-para-pessoas-e-familias-em-situacao-de-rua.pdf>>. Acesso em 28 fevereiro 2013.
- BRASIL. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.** Resolução Nº 109. De 11 de novembro de 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua.** Brasília. 2012. Acesso em 14/02/1013. Disponível em http://saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf.

BRASIL, Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua. Brasília, DF: 2008.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 2.470 – C. de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Prevenção do Câncer de mama e de colo do útero. Brasília: 2004.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. República Federativa do Brasil. Edição Especial.

BRASIL. Cartilha de Formação do Movimento Nacional da População de Rua. Realização Movimento Nacional da População de Rua – MNPR – Minas Gerais. S/D.

BRASIL. Gestão de Resíduos Sólidos com inclusão dos catadores de materiais recicláveis. Secretaria Nacional de Articulação Social. Disponível em: <http://www.secretariageral.gov.br/art_social/publicacoes/programa-pro-catador>. Acesso em 30/05/14. BRASIL. Diário Oficial da União – Dou: 24/12/2009.

BRASIL. Medida Provisória 2.220 de 04 de setembro de 2001. Disponível em: [www.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/2220.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/2220.htm). Acesso em : 30 de abril de 2014

Brasil. Ministério da Saúde, 2013. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf. Acesso em 16 abril de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Tratamento Diretamente Observado – TDO da Tuberculose na atenção básica: Protocolo de Enfermagem. Brasília: 2011.

BRASIL. Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop. SUAS e População em Situação de Rua. Volume 3. Brasília, Brasil: 2011.

CAMPINAS, SP. Relatório de Gestão – Município de Campinas: Exercício 2011. p. 117. Acesso em 08/04/2013. Disponível em: www.campinas.sp.gov.br/arquivos/relatorio-gestao-2011.pdf

Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12.

CARVALHO, J.M. Cidadania no Brasil: o longo caminho. 16^a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

CASTELL, R. As metamorfoses da questão social: uma crônica dos salários. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

COHN, A.; NUNES, E.; JACOBI, P.R.; KARSCH, U.S. A saúde como direito e como serviço. 6. Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

DANTAS, M. Construção de Políticas Públicas para População em Situação de Rua no Município do Rio de Janeiro: Limites, Avanços e Desafios. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2007

DESLANDES, S.F.; GOMES, R.; MINAYO, M.C. (Org.). **Pesquisa social: teoria, métodos e criatividade**. 26^a Edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

DOMINGUES Jr. P. L. **Cooperativa e a construção da cidadania da população de rua**. Santos, SP: Leopoldianum, 2003.

ESCOREL, S. **Vidas ao Léu: trajetórias da exclusão social**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FALEIROS, V.P. **O Que é política social**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5^a Edição. São Paulo: Atlas, 1999.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso em 10/10/2013. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel>.

INSTITUTO PÓLIS. **Litoral Sustentável Desenvolvimento com Inclusão Social**. Revista geonorte.ufam.edu.br. Ed. Especial 2, V.2. nº. 5, p. 342 – 354, 2013.

JODELET, D., 1985. La representación social: Fenómenos, concepto y teoría. In: Psicología Social (S. Moscovici, org.), pp. 469-494, Barcelona: Paídos.

LOTTI et. Al... câncer de mama...

MARTINELLI, Maria Lúcia. **O Uso das Abordagens Qualitativas na Pesquisa em Serviço Social**. In: MARTINELLI, Maria Lúcia (org.). Pesquisa Qualitativa; um instigante desafio. São Paulo: Veras Editora, 1999. (Série Núcleo de Pesquisa, v. 1).

MATOS, D. R., ARAÚJO, T.C.C.F. **Qualidade de vida e envelhecimento: questões específicas sobre osteoartrose** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 14, n. 3, p. 511-518, jul./set. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n3/v14n3a12.pdf> >. Acesso em: 09 abril 2014.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12^a Edição. São Paulo: Hucitec, 2010.

MENDONÇA 2006...

MOSCOWICZ, Serge. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Tradução: Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

NETTINA, S.M. **Pratica de Enfermagem**. 7^a. Edição. Vol. 1. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2003.

PATRIZZI et al. **Análise pré e pós-operatória da capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes portadores de osteoartrose de quadril submetidos à artroplastia total**. Rev. Bras. Reumatol., v. 44, n. 3, p. 185-191, mai./jun., 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v44n3/02.pdf> >. Acesso em: 09 abril 2014.

PINTO, R. M. F. **Saúde, Direitos e Vulnerabilidade Social.** 32-46. COHN, Amélia; MARTIN, Denise; PINTO, Rosa Maria Ferreiro (orgs.). Pesquisa em Saúde Coletiva: diálogos e experiências. Santos: Editora Universitária Leopoldianum, 2012.

PORTO ALEGRE. Plano Municipal de Enfrentamento à Situação de Rua de Porto Alegre. Dezembro, 2011: p.9. Acesso em: 05/03/2013. Disponível em: www2.portoalegre.rs.gov.br/fasc.

QUEIROZ, Maria Isaura P. **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva.** São Paulo: T. A. Queiroz, 1991.

REIS, M.S., o **Movimento Nacional da População de Rua em São Paulo: um diálogo com as políticas sociais públicas.** Trabalho de Conclusão de Curso. Serviço Social. Universidade Júlio de Mesquita. Franca, SP. 2011.

Resumo Executivo de Guarujá. [litoralsustentável.org.br.](http://litoralsustentavel.org.br/) 2013. Disponível em: <http://litoralsustentavel.org.br/wp-content/uploads/2013/09/Resumo-Executivo-de-Guaruja-Litoral-sustentavel.pdf>. Acesso em: 22/03/14.

Associação Retina Brasil. Disponível em [www: http://retinabrasil.org.br/site/doencas/retinose-pigmentar](http://retinabrasil.org.br/site/doencas/retinose-pigmentar). Acesso em: 10/01/2014.

RODRIGUES J.P.; PELEGRINI, S.C.A.L. **Memória e história:** os dissabores da geada negra em Ivatuba-Paraná. II Congresso Internacional de Museologia. Maringá - Paraná, 24 a 26 de Outubro de 2012. p. 001 – 009. Disponível em: <http://www.mbp.uem.br/cim/pages/arquivos/anais/TS5/TS5-11.pdf>. Acesso em 29/04/2014.

ROSA, A. S. O Processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. Revista Latino Americana em Enfermagem, 2005. Julho – agosto; 13 (4): 576 – 82. Acesso em 28/11/2012. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae.

ROSA, C.M.M. (org.) **População de Rua: Brasil e Canadá.** São Paulo: Hucitec, 1995.

ROSA, C.M.M. **Vidas de Rua.** São Paulo: Hucitec, 2005.

São Paulo. Lei Complementar Estadual nº 815 de 30 de Julho de 1996. Diário Oficial v.106, n.145, 31/07/1996. Gestão Mário Covas. Disponível em: www.sdmemetropolitano.sp.gov.br/portalsdm/pdf/baixada/815.pdf. Acesso em: 10 de março de 2014.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 17(1): 29 - 41, 2007.

SILVA, M.L.L. **Trabalho e população em situação de rua no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2009.

SNOW, D.A., ANDERSON, L. **Desafortunados: um estudo sobre o povo da rua.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo. Disponível em www.endocrino.org.br. Acesso em: 08/04/2014.

SOUZA E.S., SILVA S.R.V., CARICARI A.M. **Rede social e promoção da saúde dos “descartáveis urbanos”**. Rev. Esc. Enferm. USP. 2007; 41(Esp):810-4. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em 28/04/2014.

SPINK, Mary Jane P. Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos. Petrópolis, RJ. Vozes: 2003.

SPINK, Mary Jane P.. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. Cad. Saúde Pública [online]. 1993, vol.9, n.3.

VARANDA, W. **Do direito a vida à vida como direito. Sobrevivência, intervenções e saúde de adultos destituídos de trabalho e moradia nas ruas da cidade de São Paulo**. Dissertação de Mestrado – Faculdade da Universidade de São Paulo. São Paulo; 2005.

VARANDA, W.; ADORNO, R.C.F. **Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde**. Saúde e sociedade v. 13. N.1. p. 55 -69, jan. – abr. 2004.

VAZ, Angela O. A. **Guarujá – Três momentos de uma mesma história**. 2^a Edição. Guarujá: Afag. 2010.

APÊNDICE I:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TECLE

Nome da pesquisa: “Moradores de rua na cidade do Guarujá/SP: condições de vida, saúde, emoções e riscos”.

Pesquisadora responsável: Maria José Gomes de Aguiar

Informações sobre a pesquisa:

Estamos realizando um estudo sobre: **Moradores de rua na cidade do Guarujá/SP: condições de vida, saúde, emoções e riscos** e para isso contamos com colaboração dos moradores de rua com o objetivo de conhecer sua situação de saúde, necessidades, emoções e riscos de viver na rua. Ao participar da pesquisa, você estará contribuindo para a implementação de políticas públicas específicas para esta população. A pesquisa não oferece nenhum risco aos participantes. A pesquisa será realizada através de entrevistas gravadas em áudio, mediante sua autorização, as quais serão transcritas posteriormente, garantindo-se o sigilo das informações e o anonimato dos participantes. O TECLE será assinado em duas vias contando a assinatura do pesquisador e a assinatura do participante. Cada participante receberá uma cópia do TECLE contendo a sua assinatura e a do pesquisador concordando com os termos da pesquisa.

Assinatura da Entrevistada

Eu, _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações sobre a pesquisa **Descartáveis Urbanos: conhecendo os moradores de rua da Cidade do Guarujá/SP – saúde, necessidades, emoções e riscos** e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, de acordo com a Resolução Nº 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, Art. IV – declaro que concordo em participar da pesquisa.

- 1 – A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre a pesquisa antes e durante o transcurso da mesma, podendo afastar-me em qualquer momento se

assim o desejar, bem como, está assegurando o absoluto sigilo das informações obtidas.

- 2 – Receber informações sobre a pesquisa numa linguagem clara e acessível.
- 3 – conceder um tempo para que a pessoa reflita e/ou consulte familiares se for o caso e decida se participará ou não da pesquisa, depois de esclarecidas todas as dúvidas dos participantes.
- 4 – A segurança plena de que não serei identificado mantendo o caráter oficial da informação, assim como, está assegurado que a pesquisa não acarretará nenhum prejuízo individual ou coletivo.
- 5 – A segurança de que não terei nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, bem como, a mesma não causará nenhum tipo de risco, dano físico, administrativo ou mesmo constrangimento moral e ético.
- 6 – A garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas diferentes fases da pesquisa é da pesquisadora, como também, fica assegurado que poderá haver divulgação dos resultados finais em órgãos de divulgação científica em que a mesma seja aceita.
- 7 – A garantia de que todo o material resultante será utilizado exclusivamente para a construção da pesquisa e ficará sob a guarda da pesquisadora, podendo ser requisitado pelo entrevistado em qualquer momento.
- 8 - A garantia de que não correrei qualquer risco físico ou de atendimento nos serviços que possa me comprometer.
- 9 – A garantia de que poderei, em qualquer fase da pesquisa, entrar em contato com a pesquisadora no endereço: Rua Augusto Simões nº 719 – Bairro: Santo Antonio – Guarujá/SP e com o Comitê de Ética da UNISANTOS, na Av. Conselheiro Nébias nº 300, tel. (13) 3205-5555, Santos/SP.

Tendo ciência do exposto acima, concordo em participar espontaneamente deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízos ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura da (o) Entrevistada (o)

Endereço: _____

R.G. Nº. _____

Data: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta pessoa para a participação neste estudo sendo elaborado em duas vias.

Assinatura da pesquisadora responsável

Data: _____

APROVADO: Santos, 17 de dezembro de 2013.

Processo Nº. 505.531.

Guarujá, _____ de _____ de _____

Maria José Gomes de Aguiar

APÊNDICE II: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS. (Caracterização do Morador de Rua)

1. BLOCO A: Identificação.

Nome/Apelido: _____ **Idade:** _____

1.1. Sexo: 1. Masculino. 2. Feminino.

1.2. Estado Civil: 1 – Solteiro(a); 2 – Casado(a); 3 – Viúvo(a); 4 – Amasiado(a); 5 - Divorciado/Separado(a).

1.3. Como você auto define sua cor ou raça?

1- branco(a); 2 – negro(a); 3 – pardo(a); 4 – amarelo(a); 5 – indígena.

1.4. Escolaridade: Até que série você estudou?

1 - Analfabeto 2 - Fundamental completo 3 - Fundamental incompleto
4 - 1º Grau Completo 5 - 1º Grau Incompleto 6 - 2º Grau Completo
7 - 2º Grau Incompleto 8 - Superior Completo 9 - Superior Incompleto
10 – Curso Técnico ou Profissionalizante. Qual? _____

1.5. Religião:

1 – Católico; 2 – Evangélico; 3 – Espírita; 4 – Outras: _____

2. BLOCO B: Procedência.

2.1. Você nasceu em que cidade? _____

2.2. Se de fora do Guarujá, onde foi o último local em que morou?

Cidade: _____ Estado: _____

2.3. Há quanto tempo mora nas ruas?

1 – Menos de 6 meses 2 – Mais de 6 meses 3 – De 1 a 2 anos

4 – De 3 a 4 anos

5 – De 5 a 7 anos

6 – De 8 a 10 anos

7 – De 10 a 15 anos

8 – De 15 a 20 anos

9 - Mais de 20 anos

2.4. Qual o motivo principal fez você morar nas ruas?

1 – Rompimento Familiar (pais/filhos); 2 – Fim de relacionamento afetivo;

3 – Desemprego; 4 – Busca de trabalho; 5 – Dependência Química: _____

2.5. Em que cidade você se tornou morador de rua? _____

2.6. Há quanto tempo está no Guarujá? _____

2.7. Como você define a sua situação de rua hoje?

2.7.1. Uma condição permanente de vida: a. Sim. b. Não.

2.7.2. Uma condição passageira de vida: a. Sim. b. Não.

BLOCO C: Situação Familiar

3.1. Você tem família ou parentes na região? a. Não. b. Sim.

3.2. Onde mora sua família ou parentes? _____

3.3. Teve algum contato recente com eles? a. Não. b. Sim.

3.4. Há quanto tempo foi o último contato? _____

3.5. Você tem filhos? a. Não. b. Sim.

3.6. Quantos: 1. Maior de idade: _____ 2. Menor de idade: _____

3.7. Onde e com quem estão seus filhos? _____

BLOCO D: Situação de Trabalho.

4.1. Teve ou tem alguma profissão/ocupação? a. Não. b. Sim.

Qual? _____

4.2. Você estava trabalhando ou empregado com registro em carteira quando foi para a rua? a. Não. b. Sim.

Se sim, qual? _____

Se não, o que fazia? _____

4.3. Hoje, você está: a. Desempregado b. Empregado:

b.1. com carteira assinada b.2. sem carteira assinada

4.4. Quanto mais ou menos você ganha por semana com seu trabalho ou doação? _____

4.5. Você recebe algum benefício do Estado? a. Não. b. Sim.

Qual? _____

BLOCO E: Hábitos e Necessidades.

5.1. Quais os locais onde você passa o dia?

5.2. Onde você costuma fazer suas refeições? Toma água?

5.3. Onde você costuma fazer suas necessidades fisiológicas?

5.4. Em que local da cidade você costuma dormir?

5.5. Onde toma banho?

5.6. Como é seu dia a dia?

5.7. Qual a maior dificuldade que você encontra por morar na rua?

5.8. Você sente medo por ser morador de rua?

a. Às vezes. b. Não. c. Sim. Qual? _____

5.9. Já passou por situações em que sua vida correu perigo por estar na rua?

5.10. Já sofreu algum tipo de violência física por ser morador de rua?

5.11. Você recebe ou recebeu ajuda de outras pessoas quando está na rua? a.
Às vezes. b. Não. c. Sim.

5.11.1. Que tipo de ajuda?

5.12. Você tem algum medo por estar nessa condição de “morador de rua”?
a. Às vezes. b. Não. c. Sim.

Se sim, qual seu medo? _____

5.13. Você tem vontade ou já pensou em sair das ruas? a. Não. b. Sim.

5.14. Você sente falta de algo ou de alguém depois que veio para as ruas?
a. Não. b. Sim.

5.14.1. Se sim, o que ou de quem? _____

5.15. O que você espera do futuro? _____

BLOCO F: Situação de Saúde – Doença.

6.1. Você tinha algum problema de saúde antes de ser morador de rua?

a. Não. b. Sim. c. Não sabe.

6.2. Você sabe se tem algum problema de saúde? a. Não. b. Sim.

Se sim, qual? _____

6.3. Se sim, como trata desse problema de saúde?

1 - Trata Adequadamente. 2 - Não trata. 3 - Trata por conta própria.

6.4. Esse problema de saúde você descobriu depois que veio para as ruas?

a. Não. b. Sim.

6.5. Você toma alguma(s) medicação(es) de uso contínuo?

a. Não. b. Sim. Qual/Quais? _____

6.6. Recebeu alguma orientação de como tomar essa medicação?

a. Não. b. Sim.

6.7. Quem te deu essa orientação? _____

6.8. Como você tem acesso aos medicamentos? Onde os retira? _____

6.9. Como você faz quando fica doente? _____

6.10. Quando você tem algum mal estar físico, onde procura ajuda médica?

a. UPA. b. UBS. c. Hospital Santo Amaro – HAS

6.11. Há demora no atendimento? a. Às vezes. b. Não. c. Sim.

6.12. Já sofreu alguma discriminação ao procurar atendimento em um serviço de saúde por ser morador de rua? a. Às vezes. b. Não. c. Sim.

6.13. O que é saúde pra você? _____

6.14. O que é doença pra você? _____

APÊNDICE III: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Sra. MARLENE OLIVEIRA DOS SANTOS

Coordenadora do Centro Pop - Município do Guarujá/SP.

Tempo trabalho no Centro Pop: _____

1. Há quanto tempo o Centro Pop foi inaugurado?
2. Você já trabalhou com população em situação de rua antes do Centro Pop?
3. Quantas pessoas passam em média por dia no Centro Pop?
4. Quantas pessoas são cadastradas mensalmente (casos novos) neste serviço?
5. Quantas pessoas já criaram vínculo com a equipe que trabalha no Centro Pop?
6. Como é feita a abordagem da pessoa em situação de rua para que ela chegue até o Centro Pop?
7. O Centro Pop oferece alguma atividade que possibilite a saída dessas pessoas das ruas?
8. As pessoas que freqüentam o Centro Pop relatam ou queixam alguma doença que necessita de tratamento médico contínuo?
9. O Centro Pop encaminha pessoas em situação de rua para serviços de saúde? Para quais locais são encaminhados?
10. Sem encaminhamento do Centro Pop, eles recebem atendimento pelos serviços de saúde?
11. O Centro Pop tem alguma parceria com a Secretaria de Saúde para o caso de tratamento de doenças infecto-contagiosas para essa população?
12. Você tem alguma dificuldade em ofertar uma assistência maior a essa população? Qual/Quais?
13. Existe algum obstáculo para melhorar a assistência a essa população, em sua opinião? Quais?
14. O governo federal/estadual oferece algum benefício do governo que possibilite a saída dessas pessoas das ruas?

APÊNDICE IV - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (Coordenador (a) do Albergue Municipal do Guarujá)

Sra. BRUNA SILVA ALVES

Coordenadora do Centro Pop - Município do Guarujá/SP.

Tempo de trabalho no Albergue Municipal:_____

1. Há quanto tempo você trabalha no Albergue Municipal do Guarujá?
2. Qual a capacidade total de pessoas e o tempo de permanência máximo são permitidos aqui no albergue?
3. Quantas pessoas passam em média por dia aqui no Albergue do Guarujá?
4. Existem pessoas em situação de rua, mas com permanência fixa?
5. Se sim, quantas e em que casos isso está acontecendo?
6. As pessoas que freqüentam o Albergue relatam ou queixam alguma doença que necessita de tratamento médico contínuo?
7. Se sim, quem se responsabiliza pelo tratamento dessas pessoas?
8. Como é feita a abordagem da pessoa em situação de rua para que esta chegue até ao Albergue?
9. O Albergue oferece alguma atividade que possibilite a saída dessas pessoas das ruas?
10. O Albergue encaminha pessoas em situação de rua para serviços de saúde? Para quais locais são encaminhados?
11. O Albergue tem alguma parceria com a Secretaria de Saúde para o caso de tratamento de doenças crônicas ou infecto-contagiosas para essa população?
12. Você tem alguma dificuldade em ofertar uma assistência maior a essa população? Qual/Quais?
13. Existe algum obstáculo para melhorar a assistência a essa população, em sua opinião? Quais?
14. O governo federal/estadual oferece algum benefício do governo que possibilite a saída dessas pessoas das ruas?

APÊNDICE V - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Sra. IARA DEGAS

Coordenadora de Saúde Mental do Município do Guarujá – SP.

1. Há quanto tempo encontra-se na gestão da secretaria de saúde do município?

2. Você sabe quantas pessoas em situação de rua recebem assistência dos serviços de saúde na cidade do Guarujá?

3. É visível o crescente número de pessoas em situação de rua no Guarujá. Existe alguma proposta do município em trabalhar junto com o Governo do Estado e/ou Federal em diagnosticar as condições de saúde-doença dessa população?

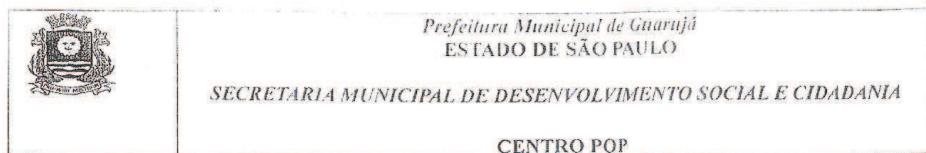
4. Em caso de resposta positiva, como são realizadas essas ações?

5. Existem algumas experiências em várias cidades brasileiras que realizam trabalhos de assistência a saúde da população em situação de rua, buscando identificar doenças infectocontagiosas como TB, HIV/Aids, Hepatites B e C entre outras. A cidade do Guarujá tem alguma proposta nesse nível?

6. Existe algum projeto do município do Guarujá para a criação de uma equipe que aborde aspectos de saúde e doença dessa população?

7. É de conhecimento público que pessoas em situação de rua com doenças mentais, casos de etilismo e drogas são tratados no CAP's Ad. Mas, se outras morbidades como Hipertensão, Diabetes Melittus e/ou doenças infecto-contagiosas como Tuberculose, forem diagnosticadas nessa população, como a secretaria de saúde orienta os serviços de saúde para prestar assistência a esses sujeitos?

ANEXO 1: Formulário de atendimento – População em Situação de Rua.



FORMULARIO DE ATENDIMENTO- "POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA" ENTREVISTA SOCIAL

DATA: ____ / ____ / ____ ENCAMINHADO POR: _____

1- IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____
Data de Nasc.: ____ / ____ / ____ Idade: _____ Sexo: _____
Estado Civil: _____ Escolaridade: _____
Natural: _____ Cor: _____
Filiação:
Pai: _____
Mãe: _____
Documentos: _____

II- SITUAÇÃO DO USUÁRIO NO MOMENTO DA ENTREVISTA:

() Normal () Alcoolizado () Drogado () Mentalmente confuso () Agressivo

III- OUTRAS INFORMAÇÕES:

- Possui Documentação completa? SIM () NÃO () ALGUNS ()
Quais: _____
- Reside no Município? SIM () NÃO () Onde: _____
- Tem família no Município? SIM () NÃO () Onde: _____
- Há quanto tempo está no Guarujá? Dias: _____ Mês: _____ Ano: _____ () Mora
- Que motivo (s) trouxeram ao Município? _____
- Qual a Cidade que estava anteriormente? _____
- Qual o motivo de estar na rua? _____
- Onde ficou quando veio para o Guarujá? _____
- Forma de sobrevivência na rua? _____
- Forma de aquisição de alimentos na rua? _____

- Tipo de alimentos que compõe sua alimentação? _____
 - Como adquiriu vestuário? _____
 - Quais as formas e locais de higienização? _____
 - Que recurso utiliza quando está doente? _____
 - Deficiente? SIM () NÃO () Qual? _____
 - Recebe BPC? SIM () NÃO () Valor: R\$ _____
 - Problemáticas familiares? SIM () NÃO ()
 - Idoso? SIM () NÃO () Recebe aposentadoria? SIM () NÃO () Valor: R\$ _____
 - Faz uso de drogas? SIM () NÃO () Qual? _____ Início: _____ Anos: _____

SEGMENTO: POPULAÇÃO DE RUA Atendimento Psicossocial