

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR LITORAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

BÁRBARA REGIANE FRAGA DE ALBUQUERQUE

**A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: Atenção à Saúde no Hospital Regional
do Litoral.**

Matinhos
2016

BÁRBARA REGIANE FRAGA DE ALBUQUERQUE

**A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: Atenção à Saúde no Hospital Regional
do Litoral.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Serviço Social do Setor Litoral da
Universidade Federal do Paraná como requisito
à obtenção do título de obtenção do grau de
Bacharelado em Serviço Social

Orientador: Prof. Dr. Jayson Azevedo Marsella
de Almeida Pedrosa Vaz Guimarães

Matinhos

2016

PARECER DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Os membros da Banca Examinadora realizaram em 02/12/2016 a avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de **BARBARA REGIANE FRAGA DE ALBUQUERQUE**, sob o título *A população em situação de rua: atenção à saúde no Hospital Regional do Litoral*, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, tendo a estudante sido APROVADA, com APL.

Matinhos, 02 de dezembro de 2016.



DR. JAYSON AZEVEDO MARSELLA DE ALMEIDA
PEDROSA VAZ GUIMARÃES
Orientador



DRA. ÉDINA MAYER VERGARA
Integrante da Banca



DANIELA MARCHIORO
Integrante da Banca

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho de conclusão de curso, aos meus pais, irmãos, marido, e amigos que de muitas formas me incentivaram e ajudaram para que fosse possível a concretização deste trabalho. Principalmente ao meu filho, que nos momentos de minha ausência dedicados ao estudo, sempre fez entender que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, que permitiu que tudo isso fosse possível, sempre me dando força para superar os momentos de dificuldades.

A meu filho Yurik, meu presente mais precioso de Deus, meu companheiro de todas as horas. Sem você, nada seria possível. Quando caminho no escuro é por você que procuro.

A minha mãe Cristina pelo exemplo de paciência, força, coragem e resignação frente às adversidades.

A minha família por todo o amor e paciência. Por sempre acreditarem nos meus sonhos e não permitirem que as dificuldades abalasses meus planos, minha imensamente gratidão.

As amigas que eu conheci durante essa caminhada. Agradeço, pelo amor, amizade, e apoio depositados, além da companhia por todos esses anos, melhor convívio, não poderia encontrar.

Aos meus irmãos, que mesmo inconscientemente me incentivaram, sendo além de irmãos, amigos, a correr atrás dos meus objetivos, agradeço de coração.

Ao meu orientador Prof. Dr. Jayson Azevedo Marsella de Almeida Pedrosa Vaz Guimarães, pelo empenho, disponibilidade, paciência e incentivo no decorrer deste TCC, obrigada por tudo.

A minha supervisora de estágio. Que dentro de suas possibilidades não mediu esforços para me ajudar na conclusão desse trabalho, muito obrigado.

Aos meus amigos de longa data. Que sempre torceram e acreditaram na conclusão deste curso, sou muito grata.

Enfim, a todos que de alguma forma acreditaram, torceram e possibilitaram a concretização desse sonho, meu muito obrigado.

“O correr da vida embrulha tudo. A vida é assim, esquenta e esfria, aperta e depois afrouxa, aquieta e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem. O que Deus quer é ver a gente aprendendo a ser capaz de ficar alegre e amar, no meio da alegria. E ainda mais no meio da tristeza. Todo o caminho da gente é resvaloso, mas cair não prejudica demais, a gente levanta, a gente sobe, a gente volta”.

(João Guimarães Rosa em “Grande Sertão Veredas”, 1956).

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso intitulado **A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: Atenção à Saúde no Hospital Regional do Litoral**, teve como objetivo compreender a atenção à saúde da população em situação de rua, atendida no Hospital Regional do Litoral, no município de Paranaguá, PR, nos seguintes aspectos: como ocorre o atendimento dentro do HRL; este atendimento segue algum protocolo de atendimento; existe alguma dificuldade no atendimento. Neste estudo buscou-se apresentar a política de saúde no Brasil através de um breve histórico, passando por marcos como a 8º Conferência Nacional de Saúde, e a criação do SUS, seguida da efetivação da saúde como direito para a população em situação de rua. Apresentou-se também, a atuação do Serviço Social na saúde e na efetivação do direito da mesma para o segmento, bem como, os resultados da pesquisa utilizando a pesquisa qualitativa, por meio de coleta de dados através de entrevista semi-estruturada. A realidade da População em Situação de Rua em Paranaguá e no Litoral do Paraná, no que diz respeito ao cuidado à saúde apresenta fragilidades, principalmente pela falta de protocolos específicos para o seu atendimento, qualificação dos profissionais da saúde na perspectiva mais humanizada. Assim como, a falta de estrutura do município para promover ações que viabilizem projetos para a melhoria de vida e conseqüentemente de saúde desse segmento.

Palavras-chaves: População em Situação de Rua; Política de Saúde; Serviço Social.

ABSTRACT

The present work of conclusion of course entitled **THE POPULATION IN SITUATION OF STREET: Attention to Health in the Regional Hospital of the Coast**, had the objective to understand the attention to the health of the population in situation of street, attended in the Regional Hospital of the Coast, in the city of Paranaguá , PR, in the following aspects: how the service within the HRL occurs; This service follows some service protocol; There is some difficulty in attendance. This study aimed to present health policy in Brazil through a brief history, through landmarks such as the 8th National Health Conference, and the creation of the SUS, followed by the implementation of health as a right for the population living on the streets. It was also presented the performance of the social service in health and the effectiveness of the same for the segment, as well as the results of the research using qualitative research. The reality of the Population in Situation of Street in Paranaguá and in the Coast of Paraná, with respect to the health care presents weaknesses, mainly by the lack of specific protocols for its attendance, qualification of the health professionals from a more humanized perspective. As well as the lack of structure of the municipality to promote actions that make feasible projects for the improvement of life and consequently health of this segment.

Key-words: Population in Situation of Street; Health Policy; Social service.

LISTA DE SIGLAS

HRL – Hospital Regional do Litoral

LOS – Lei Orgânica de Saúde

LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social

MNPR - Movimento Nacional da População de Rua

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

OSS – Organizações Sociais da Saúde

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	13
1.1. Direito à saúde no Brasil: Apontamentos após a constituinte de 1988 ..	13
1.1.1. O Sistema Único de Saúde: Princípios e Diretrizes	15
1.1.2. Participação Popular e Controle Social na Saúde	20
1.2 A Política de Saúde para A População em Situação de Rua	24
1.3 Serviço Social: Na Busca da Efetivação do Direito a Saúde para a População em Situação de Rua	29
1.3.1. Antecedentes de Atuação Profissional do Assistente Social com a População em Situação de Rua	31
1.3.2. Atuação do Assistente Social na Proteção à Saúde da População em Situação de Rua: Contextos e Desafios	34
2 CAMINHOS E DIÁLOGOS: APROXIMAÇÃO COMO OBJETO DE PESQUISA	38
2.1 Caminhos Utilizados para aproximação com o objeto de pesquisa	38
2.1.1 Hospital Regional do Litoral: Aproximações	42
2.2. Dialogando com os dados da Pesquisa	44
2.2.1 Perfil dos(as) Sujeitos da Pesquisa	45
2.2.2 Apontamentos e Observações	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS	56
APÊNDICE I	60
APÊNDICE II	61
APÊNDICE III	62
APÊNDICE IV	63

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso, foi desenvolvido frente as reflexões, obtidas através da experiência vivenciada no estágio curricular obrigatório I e II, disciplinas do curso de Serviço Social, da Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral. O mesmo foi realizado no período de dois semestres, no Hospital Regional do Litoral (HRL), no município de Paranaguá no Litoral do Paraná, o que foi fundamental para ter uma visão ampliada sobre a questão de saúde como um direito inerente à condição humana, sendo que, tal experiência influenciou o interesse pela temática escolhida.

Nesse estudo optou-se por trabalhar com a população em situação de rua, procurando conhecer e compreender os avanços e desafios na política de saúde, de forma mais aprofundada compreender tal realidade, diante do atendimento no HRL, analisando o fluxo, protocolos e principais dificuldades a fim de cooperar com a materialização de direitos desses sujeitos.

O HRL é um hospital referência em atendimentos de emergência no litoral do Paraná, sendo que seu atendimento abrange os sete municípios da região. O mesmo está localizado no município de Paranaguá, e tem sua política de saúde fundamentada no SUS (Sistema Único de Saúde).

Diante da ausência de políticas direcionadas a esse segmento, e da dificuldade no acesso a saúde e demais serviços, buscou-se compreender como o hospital atende as demandas do segmento, assim como identificar a existência de algum protocolo e desafios do mesmo, através dos seguintes objetivos específicos: compreender as transformações históricas da política de saúde no Brasil, bem como, o direito a saúde e criação do SUS, juntamente com seus princípios e diretrizes. Assim também, compreender as políticas de saúde destinadas a esse segmento da população em situação de rua.

Neste contexto, foi realizada uma breve apresentação do Serviço Social na busca da efetivação do direito a saúde da população em situação de rua e realizou-se uma pesquisa qualitativa junto aos profissionais de saúde do HRL, e ao segmento da pessoa em situação de rua atendida pela referida instituição.

Para a realização desse estudo utilizou-se a pesquisa qualitativa, que segundo Minayo (2012) responde a questões muito particulares, com um nível de realidade que trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações,

crenças e atitudes. Também utilizou-se o levantamento bibliográfico que é desenvolvido a partir de estudos já realizados.

Contudo, o presente estudo busca contribuir de forma positiva na identificação das demandas e desafios desse atendimento, não somente aos assistentes sociais, mas também com a equipe multidisciplinar que atua na instituição.

Esse trabalho encontra-se estruturalmente dividido em dois capítulos, a saber: “O Sistema Único de Saúde e a População em Situação de Rua.” e “Caminhos e Diálogos: Aproximação com o Objeto de Pesquisa”. No primeiro capítulo, utilizou-se principalmente autores como: Baptista (2007), Bravo (2009), Paim (2009), Matta (2007), entre outros. Realizando um breve resgate da trajetória da política de saúde no Brasil, destacando a construção do direito a saúde, a partir da criação do SUS, enfatizando seus princípios e diretrizes, assim como a política de saúde direcionada a população em situação de rua. Nesse capítulo, também é feito um complemento apresentando os antecedentes de atuação profissional do assistente social, assim como sua atuação na proteção a saúde da população em situação de rua.

O segundo capítulo primeiramente faz uma aproximação com a temática, assim como apresenta os métodos de pesquisa utilizados para o seu desenvolvimento, sendo que para alcançar os objetivos propostos foram realizados levantamentos bibliográficos e utilizou-se da pesquisa qualitativa, em seguida apresenta-se a instituição em que se realizou a dada pesquisa. Ainda o segundo capítulo discorre sobre o perfil dos entrevistados e os dados obtidos, faz-se a análises das demandas e respostas trazidas pelos entrevistados, fundamentando-as teoricamente através de referencias pertinentes ao contexto, na perspectiva de enriquecer a reflexão a cerca do que foi proposto. Expõe o resultado das entrevistas realizadas e fazendo algumas observações e apontamentos.

Por fim, apresentam-se as considerações finais, com os aspectos e demandas, mais relevantes.

CAPÍTULO 1:

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.

1.1. Direito à Saúde no Brasil: Apontamentos após a Constituinte de 1988

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

Charles Chaplin

A política de saúde no Brasil como direito é muito recente conforme Baptista (2007), isto é, todo brasileiro passa a ter a garantia do direito à saúde a partir da Constituição de 1988.

Neste sentido, a política de saúde cria um Sistema Único de Saúde e sua organização tem uma característica de proteção social em saúde de forma abrangente e igualitária para todos.

É importante trazer elementos para compreender a política de saúde atual. Assim, na década de 1980, a sociedade brasileira vivenciou um processo de redemocratização política, superando o regime de ditadura instaurado em 1964, e passando por uma profunda e extensa crise econômica. Desta forma, houve a necessidade de assumir medidas de racionalização e reestruturação do sistema.

Na saúde, houve a participação de novos sujeitos sociais na discussão a cerca das condições de vida da população brasileira. Assim, o movimento da Reforma Sanitária apresentou propostas de expansão da área de assistência médica da previdência, o que intensificou os conflitos de interesses com a previdência social, envolvendo poder institucional e pressões do setor privado. A saúde passou a assumir uma dimensão política, estando fortemente vinculada à democracia.

Os profissionais de saúde defendiam questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e fortalecimento do setor público. O movimento sanitário ampliou a discussão em torno da saúde e democracia. Como afirma Bravo (2009, p.96),

as principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso, a concepção de saúde como direito social e

dever do Estado, a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva, a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os conselhos de saúde.

Em 1986, ocorreu um importante marco para a discussão da questão saúde no Brasil, foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que teve como pauta central: a Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; reformulação do Sistema Nacional de Saúde; financiamento Setorial.

Bravo (2009) aponta que os debates e a participação das entidades representativas da população nesta conferência, a questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária.

Neste contexto Bravo (2009, p. 96) destaca que:

“o processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social.”

Com a promulgação da Constituição de 88, a saúde passou a ser considerada um direito social, diretamente ligada à condição de cidadão, passando a ser do Estado a obrigação de garanti - lá a todos. Assim, pode-se destacar que a população em situação de rua já tinha este direito desde o ato da Constituição Federal.

Desta forma, os próximos itens apresentam temáticas fundamentais para reafirmar o direito igualitário à saúde da população em situação de rua, como qualquer outro cidadão.

1.1.1. O Sistema Único de Saúde: princípios e diretrizes

“O SUS tem uma grande meta: saúde para todos. Porém, como toda grande construção social, existem inúmeras dificuldades na efetivação de seus princípios, bem como na concretização de seu objetivos.”

GONDIM

No final da década de 1980 em diante, destaca-se a Constituição Federal de 1988, em seu Art. 196, que determinou ser dever do Estado garantir saúde a toda a população e, para tanto, criou o SUS. Assim, a saúde tornou-se um direito social, sendo de obrigação do Estado à garantia do mesmo.

Neste sentido, Paim (2009, p. 43) afirma que com *“a Constituição da República de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como um direito social, ou seja, inerente à condição do cidadão, cabendo ao poder público a obrigação de garanti-lo”*.

Desse modo, o Estado garante o direito a saúde mediante políticas econômicas e sociais, que visam à redução do risco de doenças e demais agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços.

Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde - LOS que detalha o funcionamento do Sistema.

O SUS é um sistema de saúde, caracterizado por um conjunto de agências e agentes que tem como objetivo principal garantir a saúde de todos os cidadãos. Essas agências podem ser públicas ou privadas, governamentais ou não, e tem por finalidade a proteção, promoção, recuperação e reabilitação a saúde dos indivíduos e da população de forma gratuita.

Assim, Paim (2009, p. 56) apresenta que o *“Sistema Único de Saúde prognostica uma sociedade solidária e democrática, tendo como base a criação da seguridade social, legitimada por valores de universalidade, integralidade e equidade, sem discriminações ou privilégios.”*

Neste contexto, é importante apresentar os princípios que estabelece o SUS:

O **acesso universal às ações e serviços de saúde** é o primeiro princípio e de acordo com o Paim (2009, p.56-58) “*entende-se que a universalidade garante que todos os cidadãos têm direito a saúde, incluindo todo e qualquer acesso ao serviço de saúde em todos os níveis de assistência*”.

Assim, o acesso universal garante à todos os cidadãos a utilização das ações dos serviços de saúde de que necessitem, de forma acessível, tanto legalmente, economicamente, fisicamente ou culturalmente, independente de renda, raça, etnia ou opção sexual.

Esse acesso deve ser igualitário, ou seja, igual para todos, sem qualquer discriminação ou preconceito. O acesso aos serviços de saúde será de forma hierarquizada, desde o menor nível e complexidade, até o maior, e com tecnologia adequada para cada nível. Este princípio foi fundamental para a reforma.

A **integralidade da atenção** é o segundo princípio que vem como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços individuais e coletivos, preventivos e curativos que cada caso exige em todos os níveis de complexidade do sistema, sendo dever do sistema proporcionar as condições de atendimento, de acordo com suas necessidades. Com esse princípio o Estado se compromete na garantia de todo e qualquer nível de atenção à saúde, independentemente da complexidade, ou seja, desde a vacina ao transplante.

Já a **equidade**, o terceiro princípio, tem por objetivo identificar as desigualdades. Assim, sua concepção cria um espaço onde se é possível regular essas diferenças, de modo que essas sejam minimizadas. Ou seja, reconhecer as diversidades da condição humana dentro das suas necessidades.

O princípio de equidade é consequência das desigualdades e iniquidades sociais e econômicas. Também, é possível identificar a equidade como parâmetro para a priorização de segmentos populacionais, tendo por base alguns indicadores como a distribuição de renda.

Assim, Vasconcelos & Pasche (2006 apud Matta, G. C. 2007, p. 70) afirmam que

“a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde traduz o debate atual relativo à igualdade, prevista no texto legal, e justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam

maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços”

Sendo assim, pode-se reconhecer que a equidade atua no desafio de viabilizar estratégias que levem ao amadurecimento de reconhecer as iniquidades dentro do sistema de saúde e distribuição de renda no Brasil, possibilitando através de reflexões a importância da idéia de igualdade no conceito de cidadania, como da participação popular.

A partir dos princípios que compõe o SUS, é possível identificar algumas de suas diretrizes. Essas diretrizes articuladas com os princípios, demonstram como devem ser a organização do sistema, e os mecanismos para que se possam atingir os objetivos propostos. Entre essas diretrizes as fundamentais são: a descentralização, a regionalização e hierarquização, e a participação popular.

A **descentralização** apresenta-se com o propósito de promover uma maior democratização no processo decisório de saúde, já que até então as práticas estabelecidas eram centralizadas no âmbito federal do governo.

Essa descentralização veio como uma estratégia de democratização, pois, iria possibilitar à população um acompanhamento mais efetivo das ações públicas. A mesma, também serviria como uma estratégia de enfrentamento das desigualdades regionais, tendo em vista, que previa a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os diversos níveis de governo.

Desse modo, Paim (2009) afirma, que o SUS apresenta o princípio de descentralização como um conjunto integrado de ações e serviços públicos de saúde, organizado em rede, de forma regionalizada e hierarquizada. Esta idéia de rede supõe a integração entre os serviços, evitando que fiquem dispostos de forma isolada, e sem comunicação entre si.

Matta (2007) aponta que essa **regionalização**, implicava em um melhor conhecimento por parte dos estados e municípios, dos problemas sociais e de saúde de suas localidades, para que de fato fossem implementadas políticas de saúde condizentes com as respectivas realidades. Desse modo, os estados e municípios estariam ainda mais integrados no processo de planejamento das ações e serviços de saúde, visando melhorias no atendimento às necessidades da população.

Da mesma forma Matta (2007), afirma que a **hierarquização** dos serviços, segue a mesma lógica, organizando a rede a partir dos diferentes níveis de complexidade dos serviços de acordo com as realidades locais e regionais.

Por sua vez, a **participação popular** traz a garantia constitucional, que a população, por meio de entidades representativas, pode participar do processo de formulação das políticas públicas e do controle de suas execuções.

A participação popular foi enunciada na Constituição de 1988, e regulamentada na lei reguladora do SUS de 1990 (lei 8.142/1990), onde se definem a apresentação dos conselhos de saúde em cada esfera estatal, e a realização das conferências de saúde a cada quatro anos.

De acordo com Matta (2007), essa participação pode se dar por meio dos conselhos e conferências, os conselhos têm como uma das suas funções, exercer a formulação, acompanhamento e controle das ações executadas pelo governo nos níveis federal, estadual e municipal.

Já as conferências por sua vez, possuem o objetivo de realizar uma avaliação em relação à situação de saúde, dessa forma propondo as diretrizes para a elaboração das políticas de saúde em cada um dos seus níveis, podendo ser extraordinária ou convocada pelo poder executivo.

A partir dessas diretrizes do SUS, a saúde se organiza considerando e apresentando-se como idéia de seguridade social, orientando esse processo e concretizando o sistema na prática.

Para a efetivação de um sistema de saúde foi necessária a criação de uma política, ações, financiamento, gestão e avaliação desse sistema.

Neste sentido, propõem apresentar elementos para problematizar a política de saúde direcionada ao segmento da população que vive em situação de rua.

O financiamento do SUS é determinado pela Constituição Federal de 88, que estipula que esse custeio seja feito com recurso das Organizações sociais de saúde (OSS) da União, dos estados, e dos municípios, além de outras fontes constantes no artigo 198 da referida Constituinte.

Serra e Rodrigues (2007), afirmam que a distribuição dos recursos financeiros do SUS, deve ser feita levando em consideração as necessidades de saúde comprovadas de acordo com critérios de epidemiologia. Sendo que os

diferentes níveis de gestão, federal, estadual e municipal são co-responsáveis por esse financiamento do sistema.

A LOS – lei nº 8.080/1990, em seu artigo 31 determina que o OSS destine ao SUS de acordo com a receita estimada, todos os recursos necessários afim de utilizar de acordo com as propostas e projetos elaborados pela direção nacional com participação da previdência e assistência social.

No artigo 33 da mesma lei, fica definido que os recursos financeiros do SUS serão depositados, no fundo nacional de saúde, em cada esfera de atuação, e serão movimentadas sob a fiscalização dos conselhos de saúde

Esses fundos nacionais devem obrigatoriamente existir em cada um dos níveis, federal, estadual e municipal, cuja a criação tem por objetivo a garantia e utilização dos recursos a elas destinadas, com o intuito de financiar seus programas e atividades.

Nesse sentido, entende-se que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade da União, Estado e Município, que devem realizar essa gestão visando o êxito e competência nos projetos propostos.

Diante do exposto, o SUS passou a oferecer a todo cidadão acesso integral, universal e gratuito aos serviços de saúde. Desde procedimentos ambulatoriais simples à atendimentos de alta complexidade, como transplantes de órgãos, assim como realização de consultas, exames, internações, o SUS também é responsável pela promoção de campanhas como ações de prevenção e vacinação da vigilância sanitária.

Desta forma segundo Paim (2009), o desafio é construir uma política de descentralização que fortaleça de fato os gestores estaduais e municipais mantendo o compromisso destes na garantia do SUS, e a continuidade do governo federal como principal regulador da política capaz de suprir eventuais fragilidades dos estados e municípios, buscando viabilizar o atendimento a todos.

Pode-se destacar também a democratização da saúde, antes acessível apenas para alguns grupos da sociedade.

A implementação do SUS também representou uma mudança do conceito sobre o qual a saúde era interpretada no país.

Porém, o segmento da População de Rua só teve a conquista 20 anos depois da promulgação da CF/88).

1.1.2. Participação Popular e Controle Social na Saúde

“participação significa democratização, representa a consolidação, no pensamento social, de um longo processo histórico.”

Stotz

Para iniciar o texto é importante destacar o conceito de Participação Popular. Assim, Abranoski (2013) afirma que é *“um princípio doutrinário e está assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90)”*.

Gavronski (2006) amplia o conceito afirmando que

a participação popular é a soberania do povo em ação, sua expressão concreta; é o efetivo exercício do poder político pelo seu titular. Como tal, é inerente e indispensável à democracia contemporânea. (...) a Declaração Universal dos Direitos do Homem, consignaram que “Todo o homem tem o direito de tomar parte no governo de seu país diretamente ou por intermédio de representantes livremente escolhidos” (art. 21, item I). (...) a participação popular é a “tomada de parte” do(s) cidadão(s) no governo de seu país e funda-se na percepção de que por meio dela melhor se protegem e efetivam os direitos fundamentais; de que ela é o instrumento mais adequado para se assegurar proteção e a efetivação desses direitos.

Portanto, entende-se a participação popular como uma ação coletiva que visa participar das decisões, inserindo-se politicamente no exercício da sua cidadania, com o intuito de potencializar a conscientização civil sobre os direitos sociais e civis. Esta consciência possibilita a aquisição da emancipação individual e também da consciência coletiva necessária para a superação da dependência social e dominação política. A partir disso, a sociedade é capaz de lutar por seus direitos entendendo que a participação popular é fundamental para que os serviços de saúde tenham melhor resultados na qualidade de vida da população, e para que a saúde seja, na prática, o processo de construção do coletivo.

Abranoski (2013) afirma que o Controle Social no SUS *“é um dos principais instrumentos para promover a democratização da saúde, propiciando a participação efetiva da sociedade na busca da garantia dos direitos conquistados constitucionalmente”*.

Neste sentido, a Constituição de 1988, no artigo 198, afirma que a sociedade participasse da gestão do sistema de saúde. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o SUS, organizado de acordo com as diretrizes apresentadas anteriormente.

Assim reafirmando a importância da participação social e controle social na construção das políticas de saúde e fortalecimento do SUS, pois mesmo a frente de diversos desafios, a saúde é para todos e somente com co-participação, co-responsabilização e unindo forças entre Estado e sociedade, poderemos ter um sistema de saúde com qualidade para todos.

O SUS é a primeira política pública no Brasil a adotar constitucionalmente a participação popular como um de seus princípios, esta não somente reitera o exercício do controle social sob as práticas de saúde, mas também evidencia a possibilidade de seu exercício através de outros espaços institucionalizados em seu arcabouço jurídico, além dos reconhecidos pela LOS de nº 8.142/90, os conselhos e as conferências de saúde. Destaca, ainda, as audiências públicas e outros mecanismos de audiência da sociedade, de usuários e de trabalhadores sociais (CONASS, 2003).

Neste sentido, a participação popular foi um marco histórico no período da Reforma Sanitária no Brasil, quando no final de 1970, trabalhadores da área da saúde, sanitaristas e movimentos sociais, propuseram um novo sistema de saúde que tinha como princípios fundamentais a universalidade, integralidade e a participação da população, elemento esses que atualmente compõe a atual legislação do SUS.

Assim, Souza (2004 apud BRASIL, 2014) afirma que

“Só com ampla participação podemos lutar pelos princípios da democracia, neutralizando as formas de autoritarismo frequentes em nossa sociedade. É através dela que se acaba com a desordem de um status quo injusto, que produz a marginalização. E é também através dela que superamos a resignação e o medo. Só assim são geradas as condições para o exercício pleno da liberdade e da cidadania, só possíveis em uma sociedade democrática.”

Através da participação popular, pode-se observar a efetivação do cidadão junto ao processo político. Essa atuação é fundamental para ações que visam

melhorias na saúde sejam de fato efetivadas, a participação popular e o controle social atuam na defesa de seus direitos.

Também, Valla (1998, apud SOUZA, 2007, p. 122) aponta que

“de forma geral, participação popular compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social (saúde, educação, habitação, transporte, saneamento básico, etc.)”

Nesse sentido, é possível compreender o papel da participação popular e do controle social dentro do Estado, ambos articulam para que as políticas públicas e demandas sociais sejam atendidas e efetivadas.

O controle social esboçou-se no Brasil, a partir da década de 80, junto com o processo de democratização e institucionalização dos mecanismos de participação nas políticas públicas na Constituição de 88, e posteriormente pelos Conselhos e Conferências. Tal participação foi idealizada na perspectiva de controle social exercido pelos setores progressistas da sociedade civil em relação às ações do Estado, sendo assim, criar mecanismos para que se atendessem os interesses da minoria da população.

Na saúde a participação social, surgiu no sentido de que esses setores progressistas, participassem de forma ativa na formulação de planos, programas e projetos, dessa forma acompanhando a execução e gestão financeira dos mesmos, visando os interesses da sociedade de forma coletiva.

Essa participação foi institucionalizada a partir da criação do SUS, que a partir da Constituição de 88 assegurou a participação da sociedade nas propostas e desenvolvimento de políticas públicas e práticas de saúde.

A LOS disposta na lei nº 8.080/90, logo após complementada pela lei nº 142/90, regulamentavam a participação social, com o intuito de garantir condições para a promoção, proteção e recuperação à saúde, assegurando que de fato a sociedade participasse na gestão do SUS, por meio dos conselhos e conferências de saúde.

De acordo com Souza (2007) os Conselhos de Saúde são instituições de caráter permanente, deliberativo e paritário, que, após sua instituição devem funcionar por tempo indeterminado, reunindo-se regularmente e possuindo o direito

de tomar decisões referentes à política de saúde a ser executada, além de fiscalizar, controlar e buscar estratégias para a execução dessas políticas em seus respectivos níveis governamentais. O Conselho de saúde é exigido por lei, para que o repasse de recursos do governo federal seja repassado para os estados e municípios.

Outro instrumento que a sociedade possui, são as Conferências de Saúde (lei nº 8.142/90), que possuem a finalidade de avaliar e propor diretrizes para a política de saúde nos diferentes níveis de governo, utilizando para tal finalidade os conselhos. Essas conferências são importantes fóruns de discussão e participação social nos debates relacionados à saúde da população. As conferências ocorrem num período de quatro anos, em seus respectivos níveis de governo, reunindo segmentos representativos da sociedade.

Dessa forma, compreende-se a importância da participação popular onde a sociedade se descobre como sujeitos políticos que devem exercer seus direitos, ou seja, exercer sua cidadania de forma que contribua com os processos de mudança e conquistas, buscando minimizar as desigualdades sociais e do controle social, uma vez que sabe-se a relevância que os serviços de saúde e políticas direcionadas a ela possuem, e a necessidade de uma sociedade que fiscalize, controle e crie estratégias para a efetivação dessas ações, para que as reais demandas da população sejam atendidas.

Diante do exposto, é importante salientar a formação do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), que se deu através da crescente indignação com a violência e a negação dos direitos para esse segmento. Tal movimento se deu no início dos anos 2000 como resposta a diversos episódios de violência contra esse segmento, gerando inúmeras manifestações, que contribuíram para que a população em situação de rua pudesse se unir e criar o MNPR.

A partir da sua criação o MNPR, obteve diversos avanços, destacando-se principalmente, a realização da Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua em 2008, a conquista de um assento no Conselho Nacional da Assistência Social em 2014 e no Conselho Nacional de Saúde em 2013, e a implantação de seis Comitês Estaduais e Municipais da População em Situação de Rua, sendo um na Bahia, dois em Curitiba no Paraná, dois no estado de Goiás e um no estado de São Paulo.

Nesse sentido, é importante salientar que o exercício da participação e controle social por parte desse segmento em defesa dos seus direitos é fundamental para que sejam efetivadas as ações de melhoria no atendimento à saúde da população em situação de rua. Destacando que, no âmbito da saúde, as principais formas de participação social são as Conferências, os Conselhos de Saúde e o Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua.

1.2 A Política de Saúde para a População em Situação de Rua

“Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades.”

Organização Mundial de Saúde

No cenário atual a população em situação de rua, com os movimentos sociais traz um debate central na temática do direito à saúde desse segmento.

Neste sentido, faz-se necessário trazer o entendimento da Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento sobre a população em situação de rua, assim:

“considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória”. (Brasil, 2009, p. 11)

Neste contexto, pode-se afirmar que a população em situação de rua não se adequa ao perfil assistidos pela maior parte das políticas públicas, dessa forma, constituindo, um desafio o processo de construção de políticas adequadas a este grupo social.

A população em situação de rua convive constantemente com a violação dos seus direitos previstos na Constituição, são destituídos do exercício da sua cidadania, com isso, estes sujeitos acabam perdendo sua própria percepção de que são um ser humano como qualquer outro, e ainda mais é sim um sujeito de direitos.

De acordo com Dantas (2007, p. 30), *“a política de saúde para a população em situação de rua no Brasil é abordada por uma perspectiva de reflexão a respeito da transgressão dos direitos sociais, evidenciados de forma emblemática.”*

Dessa forma, o direito à saúde é reconhecido como um direito humano e assegurado pela Constituição de 88.

Quanto à saúde, percebe-se que a população em situação de rua, possui dificuldades para acessar os serviços públicos. Pois eles vivem em uma realidade onde a negação de direitos básicos é constante, e a necessidade de sobrevivência é inevitável e nem sempre essa necessidade esta relacionada com o cuidado a saúde. Esses indivíduos dificilmente dão continuidade a tratamentos médicos, geralmente buscam por atendimentos de emergência.

Dantas (2007) aponta, que esses sujeitos estão em uma realidade no qual vivenciam as mais diversas situações de privações e violências, tendo como objetivo diário a garantia da sobrevivência física, eles são extremamente vulneráveis aos agravos à saúde, apresentando uma série de patologias inerentes à suas condições de vida.

Em 2008, o Ministério do Desenvolvimento Social publicou a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua que identificou, que essa população é predominantemente masculina, com um alto percentual de negros.

Foi também identificado que grande parte desses indivíduos encontra-se em situação de rua devido ao desemprego, conflitos familiares e uso abusivo de álcool e drogas.

Na pesquisa, foram abordados também temas como a saúde e higiene. Assim, os resultados mais relevantes indicaram que boa parte da população participante da pesquisa, possui algum problema de saúde, entre eles problemas de hipertensão, problemas psiquiátricos, DST/HIV/AIDS, problemas de visão, problemas nos pés (bicho de pé, calosidades, unha encravada, etc.), infestações (piolhos, sarnas, e outras dermatites), tuberculose, gravidez de alto risco, doenças crônicas, alcoolismo.

Também, destaca na pesquisa que estes sujeitos afirmam que procuram primeiramente as emergências e hospitais para atendimento.

Em relação à higiene a pesquisa revelou que os locais mais utilizados para tomar banho, são os albergues, abrigos, banheiros públicos, e casa de amigos ou parentes.

É importante salientar que entre esses sujeitos são comuns os relatos de recusa em ir a unidades de saúdes e hospitais, devido a impedimentos de entradas nessas instituições, mau atendimento e até negação do mesmo.

Assim, estes relatos nesta pesquisa revelaram que 18,4% das pessoas em situação de rua já passaram por experiências de impedimento de receber atendimento na rede de saúde.

Nesse sentido, Dantas (2007, p. 44) afirma:

“os equipamentos sociais públicos geralmente não promovem uma política de atendimento que responda às necessidades e demandas destes usuários. Os profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde freqüentemente não estão capacitados para o atendimento desta população, por desconhecerem suas particularidades e pelo preconceito que os leva a rejeitar o paciente, assim que este é identificado como “morador de rua”.

Frente a este contexto o Ministério da Saúde publicou em 2012 o “Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua”, com o intuito de instruir os profissionais de saúde da atenção básica, na perspectiva da promoção do cuidado à população em situação de rua no cotidiano da sua prática profissional, para a ampliação e construção de novas formas de atuação frente aos problemas de saúde dessa população.

A vivência contínua da população em situação de rua com as situações de preconceito, violência, adoecimento físico e psicológico, privação das necessidades básicas, além da diária luta pela sobrevivência, provocam nesses indivíduos a perda da auto estima e de sua identidade, gerando sentimentos de abandono, desamparo, depressão, desespero.

Diante disso, esta população segue desorientada de seus direitos, devido à ausência de referências de políticas e de instituições para atender suas necessidades. A incapacidade de lidar com a realidade imposta, pode facilitar a perda de memória, psicoses, isolamento e o uso abusivo de drogas.

É importante destacar que as políticas públicas direcionadas à População em Situação de Rua devem ser Inter setoriais para terem maior chance de sucesso. Ou seja, é fundamental que as Políticas Públicas de Saúde para esse público estejam articuladas com as de Assistência Social, e que os profissionais sejam capacitados para atender novas demandas, que possuem especificidades para cada novo grupo social, respeitando as diversidades.

De acordo com Dantas, (2007, p. 45)

“torna-se um desafio a ser superado para a efetiva construção de uma política de saúde para a população em situação de rua, a reforma de base na educação, através da reestruturação do ensino das profissões da área biomédica, com a inclusão de disciplinas que incorporem a discussão sobre a humanização do atendimento e necessidades de saúde de populações vulneráveis.”

Nesse sentido, tiveram diversas conquistas na área da saúde para a população em situação de rua, de acordo com o Ministério da Saúde as conquistas na área da Saúde foram obtidas com a efetiva participação da sociedade civil.

A partir da criação do MNPR e da realização da Pesquisa Nacional da População em Situação De Rua.

Em 2009, o segmento da População em Situação de Rua obteve mais uma conquista, a Política Nacional para a População em Situação de Rua, através do decreto nº7053. Assim, em seu artigo 5º:

“São princípios da Política Nacional para a população em situação de Rua, além da igualdade e equidade: I – respeito à dignidade da pessoa humana; II – direito a convivência familiar e comunitária; III – valorização e respeito à vida e a cidadania; IV - atendimento humanizado e universalidade e V- respeito as condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial as pessoas com deficiência.” (Política Nacional para a População em Situação de Rua, decreto nº 7053 23/12/2009)

É importante destacar que

“no mesmo ano em que foi publicado o Decreto que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua, foi constituído também o Comitê Técnico de Saúde para essa população por meio da Portaria MS/GM nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009. Esse foi um passo importante para possibilitar avanços na área da Saúde para esse público. Esse Comitê é composto por representantes de algumas Secretarias do Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz e por representantes de Entidades da Sociedade Civil organizada.” (BRASIL, 2014 p. 27)

A instituição desse comitê foi de extrema importância no que diz respeito à defesa dos direitos desse segmento, possibilitando que esse fosse mais um espaço

de efetivação de ações que possibilitassem a melhoria na saúde desses sujeitos, gerando condições para o pleno exercício da cidadania.

Em 2013, por meio da Resolução nº 2 foi instituído o Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua. Esta Resolução definiu as diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua no âmbito do SUS.

Neste Plano, são apresentados os seguintes objetivos: *“garantir o acesso da População em Situação de Rua às ações e aos serviços de saúde; reduzir os riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho na rua e das condições de vida; e melhorar os indicadores de saúde e da qualidade de vida desses indivíduos”*.

As estratégias para promoção da saúde desta população foram apresentadas em cinco eixos: *“a inclusão desses indivíduos no escopo das redes de atenção a saúde; promoção e vigilância em saúde; educação permanente em saúde na abordagem da saúde da população em situação de rua; fortalecimento da participação social; monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população em situação de rua”*.

Assim, pode-se afirmar a importância desse plano operativo, para a promoção da atenção à saúde da população em situação de rua.

É importante destacar que as ações sugeridas não consistem em novas estratégias, mas sim em ações de saúde que já existem no território e que devem ser implementadas nos planos estaduais e municipais de saúde. Salientando, que a participação e o controle social são fundamentais para a efetivação dessas ações.

“A agenda apresenta como propostas para a saúde a garantia da atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua e a adequação das ações e serviços existentes, assegurando a equidade e o acesso universal no âmbito do Sistema Único de Saúde, a partir da assistência interdisciplinar e multiprofissional, a partir do fortalecimento das ações de promoção à saúde, da atenção básica, com ênfase no Programa Saúde da Família sem Domicílio, incluindo prevenção e tratamento de doenças com alta incidência junto a essa população, além do fortalecimento das ações de atenção à saúde mental das pessoas em situação de rua, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A inclusão dos conteúdos relacionados às necessidades, as demandas e as especificidades da população em situação de rua devem ser incluídos no processo de educação permanente em saúde dos gestores e trabalhadores de saúde, especialmente as equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), agentes comunitários de saúde e operadores do Sistema

Nacional de Ouvidoria também são objetivos traçados pela agenda mínima, assim como, na seleção de agentes comunitários de saúde, a considerar como um dos critérios a participação de moradores de rua e ex-moradores de rua. Há, também, a proposta de apoiar as iniciativas de ações intersetoriais que viabilizem a instituição e manutenção de Casas de Apoio ou similares para assegurar a continuidade do tratamento das pessoas em situação de rua, em caso de alta hospitalar.” (ARAUJO, 2012 p.49)

Frente a este contexto, as propostas para a garantia à saúde desse segmento, devem buscar uma atuação frente a diversas necessidades e problemas de saúde que a população em situação de rua enfrenta, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas entre os diversos serviços e profissionais no âmbito da saúde. De maneira mais ampla, tais propostas devem atuar de forma a preservar direitos e promover melhoria no atendimento à saúde desse segmento, potencializando as possibilidades de ações que visam o tratamento desses sujeitos.

Diante do perfil de saúde da população em situação de rua, e dos desafios da atenção a saúde dessa população, conclui-se que é fundamental a articulação entre os profissionais, constituindo uma equipe multidisciplinar, e criando estratégias que resultem no fortalecimento do vínculo com esses indivíduos, bem como, a capacitação dos profissionais de saúde e dos gestores para estar sensibilizados a realidade desta população e para construir ações de saúde ao alcance dos mesmos.

1.3 Serviço Social: na busca da efetivação do direito à saúde para a População em Situação de Rua

“É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia-a-dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários.”

Iamamoto

O Serviço Social no Brasil, caracteriza-se como uma profissão que trabalha na garantia de direitos sociais e humanos, possuindo um grande valor social na medida em que realiza intervenções nas mais diversas realidades.

Assim, a competência do profissional Assistente Social, conforme a Lei nº 8.662 (Brasil, 2011, p. 45) em seu artigo 4º, constitui em “V - orientar indivíduos e

grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos”.

Desta forma, este profissional reafirma esta competência em seu Código de Ética (Brasil, 2011, p. 23-24), através de seus princípios:

“(...) II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras; IV. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças; (...); VIII. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero; (...); X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional; XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física.”

Neste sentido, os profissionais em Serviço Social realizam suas intervenções norteadas pelo seu projeto ético político. Assim,

“O projeto ético-político do Serviço Social brasileiro está vinculado à um projeto de transformação da sociedade. Essa vinculação se dá pela própria exigência que a dimensão política da intervenção profissional põe. Ao atuarmos no movimento contraditório das classes, acabamos por imprimir uma direção social às nossas ações profissionais que favorecem a um ou a outro projeto societário. Nas diversas e variadas ações que efetuamos, como plantões de atendimento, salas de espera, processos de supervisão e/ou planejamento de serviços sociais, das ações mais simples às intervenções mais complexas do cotidiano profissional, nelas mesmas, embutimos determinada direção social entrelaçada por uma valoração ética específica.” (Texeira; Braz, 2009, p. 5-6).

Desta forma, pode-se destacar os elementos constitutivos do projeto no processo sócio histórico da profissão, tai como:

- a) o primeiro se relaciona com a explicitação de princípios e valores ético-políticos;
- b) o segundo se refere à matriz teórico-metodológica em que se ancora;
- c) o terceiro emana da crítica radical à ordem social vigente – a da sociedade do capital – que produz e reproduz a miséria ao mesmo tempo em que exhibe uma produção monumental de riquezas; d) o quarto se manifesta nas lutas e posicionamentos políticos acumulados pela categoria

através de suas formas coletivas de organização política em aliança com os setores mais progressistas da sociedade brasileira”. (Texeira; Braz, 2009, p. 7-8).”

Como profissão que atua com a intervenção, e responde as mais diversificadas necessidades sociais, regulamentado em um compromisso ético político com a sociedade, tal profissão, visa fortalecer a organização e os processos de resistência desse segmento para o enfrentamento da questão social e a defesa dos seus direitos sociais.

O serviço social tem o compromisso ético político de criar condições para que, a sociedade em sua coletividade, caminhe na direção da sua constituição. A forte articulação e vinculação entre o serviço social e a luta pelos direitos sociais, direcionam a profissão para uma postura democrática, a favor da cidadania, em oposição às desigualdades com as quais convivem a população em situação de rua.

A atuação do profissional de Serviço Social tem um caráter sociopolítico, interventiva e crítica que utiliza instrumentos multidisciplinares das ciências humanas e sociais, na realização de análises e intervenções diante da questão social. Ou seja, diante das desigualdades que nasceram da oposição de idéias entre a socialização da produção e a apropriação privada dos frutos do trabalho.

O assistente social insere-se nas mais diversas áreas de atuação, entre elas a assistência social e a saúde, com o papel de planejar, gerir, administrar e executar diversas políticas, programas e serviços sociais, atuando na relação do sujeito no cotidiano na vida social, por meio de uma ampla ação de cunho sócio educativo e de prestação de serviços.

1.3.1. Antecedentes de Atuação Profissional Assistente Social com a População em Situação de Rua.

“Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública.”

lamamoto

A partir da constituição de 1988, se dá início ao processo de construção de uma nova matriz para a Política de Assistência Social no Brasil. Inserida no âmbito da Seguridade Social e regulamentada pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), nesse sentido a assistência social inicia sua inserção no campo dos direitos, da universalização dos acessos e da responsabilidade estatal.

Dessa forma, confirmando a Assistência Social como política pública, os parâmetros de atuação do serviço social na assistência social afirmam que:

“Para a efetivação da Assistência Social como política pública, contudo, é imprescindível sua integração e articulação à seguridade social e às demais políticas sociais. Por isso, a concepção de Assistência Social e sua materialização em forma de proteção social básica e especial (de média e alta complexidades), conforme previsto na PNAS/SUAS, requer situar e articular estas modalidades de proteção social ao conjunto das proteções previstas pela Seguridade Social. Dito de outro modo, a Assistência Social não pode ser entendida como uma política exclusiva de proteção social, mas deve-se articular seus serviços e benefícios aos direitos assegurados pelas demais políticas sociais, a fim de estabelecer, no âmbito da Seguridade Social, um amplo sistema de proteção social.” (BRASIL, 2011, p.08)

Nessa perspectiva, a intervenção profissional inserida na política de Assistência Social, deve configurar-se tendo em vista que todas as situações vivenciadas por esses sujeitos que demandam de tal política, possuem suas raízes históricas nas desigualdades sociais, expressadas pela ausência e precariedade de diversos direitos como educação, emprego, saúde, moradia, distribuição de renda, entre outras formas de expressão da questão social.

A Assistência Social tem sua função determinada na Política Nacional de Assistência Social (PNAS), que tem por objetivo garantir a proteção social básica e especial. Sabendo-se que o básico, trata-se do que é primordial, ou seja, essencial a saúde. O PNAS refere-se à Proteção Social Básica, como ações preventivas, que visam fortalecer a convivência, socialização, acolhimento e inserção, e possui um caráter mais genérico e voltado prioritariamente para a família, visando desenvolver potencialidades, assim como, o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

Essas ações de proteção social exigem a articulação dos serviços sócio assistenciais com a proteção social garantida pela saúde, previdência e demais políticas públicas, de modo a estabelecer programas amplos e preventivos que assegurem o acesso dos cidadãos aos direitos sociais.

Já a proteção social especial, trata de serviços mais especializados, direcionados a pessoas em situação de vulnerabilidade social, de uma forma mais complexa, com o atendimento dirigido as situações de violação de direitos, esse atendimento é o que difere tal proteção da proteção básica social.

O PNAS, deu ao usuário da assistência social, um conceito mais amplo, inserindo, conforme predispõe o LOAS, aqueles que se encontravam em situações de vulnerabilidades sociais.

Nesse sentido o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que está voltado à articulação em todo território nacional das responsabilidades, vínculos e hierarquia, do sistema de serviços, benefícios e ações da assistência social, de caráter permanente ou eventual, executados e providos por pessoas jurídicas de direito público sob critérios de universalidade e de ação em rede hierarquizada e em articulação com iniciativas da sociedade civil, tem por objetivo a superação da fragmentação presente nas abordagens somente por segmentos, e trabalhar com:

“cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidades e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnicos, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiência; exclusão pela pobreza e/ou no acesso às demais políticas públicas; uso de substância psicoativas; diferentes formas de violência advindas do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal ou social.”(PNAS, 2004, p.27).

Nessa perspectiva, com o intuito de identificar as vulnerabilidades que formam a realidade em que se encontra a população em situação de rua, foi realizada a pesquisa nacional sobre tal segmento, desse modo podendo delinear a elaboração de uma política pública visando o enfrentamento a esta questão social.

Em 2005, foi realizado o 1º Encontro Nacional Sobre População em Situação de Rua, tal evento foi promovido pela Secretaria Nacional de Assistência Social, onde foram discutidos, juntamente com os movimentos sociais desse segmento, as estratégias, desafios e recomendações para a formulação de políticas públicas, direcionadas a essa população. Com uma das ações de prioridade foi salientada a necessidade e importância de se realizar estudos que visem quantificar e caracterizar esse segmento de forma socioeconômica, podendo assim elaborar e

implementar políticas públicas direcionadas a tal população, ou seja, a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, foi resposta a essa prioridade.

Em um contexto histórico, as ações que eram implementadas como políticas públicas direcionadas a esse segmento, limitavam-se a políticas de repressão e políticas de higiene, na maioria das vezes, realizadas de forma violenta, forçando a retirada desses sujeitos da rua, e colocando-os em albergues ou abrigos, enviando esses sujeitos às suas cidades de origem contra sua vontade e sem seu consentimento, etc.

Dessa forma, a política nacional para esse segmento possibilitou a construção de práticas de atenção a esse segmento de forma intersetorial entre as políticas sociais, não somente de forma fragmentada e com políticas ultrapassadas que tinham o intuito de “limpar as ruas”. Atualmente a PNAS através da implantação do SUAS, conta com o atendimento dessa população no sistema de proteção de média complexidade, que visa a inclusão desses sujeitos, através do fortalecimento de vínculos sociais e familiares, articulando com as demais políticas sociais. Utilizando-se da intersetorialidade para favorecer as intervenções que visam romper com a cultura hegemônica na sociedade de preconceitos e dessa forma implementar ações e políticas baseadas na garantia de direitos sociais e humanos.

1.3.2. Atuação do Assistente Social na Proteção à Saúde da População em Situação de Rua: contextos e desafios.

[...] importância do estatuto do trabalho fundado em uma visão societária que atribui prioridade ontológica à produção e reprodução da vida social e às relações sociais historicamente particulares que a sustentam. São as relações sociais que fundam a sociedade do capital que também são as geradoras da “questão social”.
ABEPSS/CEDEPSS

Sabendo-se que o Serviço Social contribui com as demais profissões nos diversos setores que pertencem à política de saúde. Cabe salientar quanto às atribuições do Assistente Social, tendo como perspectivas:

- Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares.
- Elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil.
- Encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; Orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- Planejar, executar e administrar benefícios e serviços sociais; Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; (Brasil, 2010. p. 30)

Todas essas orientações encontram-se inseridas no documento elaborado pelo CFESS, “Parâmetros para a Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde”.

Diante do exposto, pode-se afirmar que a intervenção profissional do assistente social, se dá através das propostas que visam à formulação, desenvolvimento e execução de políticas públicas, assim viabilizando o acesso dos segmentos que são excluídos das ações, serviços, benefícios que foram conquistados socialmente, principalmente no que diz respeito à seguridade social.

Behring (2003), afirma que a seguridade social esta vinculada as contradições presentes na questão social, ou seja, entende-se a proteção social como resposta ao avanço e as conseqüências da exploração do sistema capitalista junto a classe trabalhadora.

A seguridade social foi instituída no Brasil, a partir da Constituição de 1988, sendo compostas por três pilares: saúde, previdência e assistência.

No que diz respeito à saúde, tal política se caracteriza como um direito universal, sendo gratuita e não contributiva e de acesso igualitário a todos os cidadãos.

Diante das atribuições do Serviço Social, assim como afirmação do direito a saúde a todos de forma universal, fica o desafio da atenção a saúde da população em situação de rua, de viabilizar seus direitos enquanto cidadãos.

Porém no Brasil a atenção do Estado à população em situação de rua, ainda é recente. Esses sujeitos vivenciam as contradições de uma sociedade que

ora os tratam com compaixão, ora com preconceito, indiferença e repressão. Diante da realidade de pobreza extrema e constantes violações de direitos, surge uma preocupação em mudar esse contexto, o que remete o Serviço Social numa perspectiva de efetivação de direitos sociais, no que diz respeito aos direitos para esse segmento.

Lutar por tais direitos, é uma construção coletiva, e o serviço social constitui-se de forma a resgatar a identidade social desses sujeitos, com ações pensadas coletivamente, na perspectiva de avançar nas construções da cidadania social. De tal modo, a dar conta da questão social, e identificar as desigualdades sociais, como se organiza a população em situação de rua frente à luta pelos direitos sociais, quais são os desafios de intervir no espaço público, além de buscar o exercício da cidadania.

O Serviço Social enquanto profissão de intervenção, possui o compromisso ético político de criar condições para que a sociedade busque alcançar seus direitos previstos em Constituição.

Dessa forma, o projeto ético político remete-se a defesa das políticas públicas, com o objetivo de viabilizar direitos sociais dessa população.

Cabe-se ao Serviço social o reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional, buscando a atuação em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais.

“A intervenção orientada pela perspectiva teórico-política pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e à ampliação dos direitos.” (BRASIL, 2010, p.35)

Dessa forma, compreende-se que o Serviço Social possui todos os instrumentos para a materializar e resgatar socialmente esse sujeito em situação de rua, marcando sua trajetória na saúde com o compromisso ético-político, de forma que busque realizar um trabalho de qualidade para a população, resgatando sua identidade social, por meio dos projetos que viabilizam a efetivação de direito para

esse segmento, articulando de modo a promover uma vinculação positiva que impactem nas condições de saúde individuais e coletivas dessa população, inclusive potencializando a possibilidade de buscas futuras a tratamento para uso de drogas e resgate de cidadania.

CAPÍTULO 2: CAMINHOS E DIÁLOGOS: Aproximação com o Objeto de Pesquisa

2.1 Caminhos Utilizados para Aproximação com o Objeto de pesquisa

“Não se conhece completamente uma ciência enquanto não se souber da sua história.”

Auguste Comte

Aproximar com a temática sobre a População em Situação de Rua é importante para que políticas públicas se concretizem em direitos, com o intuito de combater injustiças sociais praticadas contra segmentos pauperizados e estigmatizados da população. O fenômeno população em situação de rua, traz em sua própria denominação a marca da exclusão a que são submetidas.

“(…) 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)

É necessário que a sociedade e o Estado mudem a visão estigmatizante que possuem desse segmento, para que as políticas não se restrinjam apenas em ações assistencialista e higienistas, mas se configurem e concretizem em direitos sociais inerentes a todos.

A delimitação da temática na política de saúde traz alguns desafios, pois ainda existe um longo caminho para que o acesso aos serviços de saúde sejam de forma igualitária e humanizada. Infelizmente esses sujeitos ainda convivem com o preconceito. Outro grande desafio é a necessidade de capacitação dos profissionais da saúde que atuam com esse segmento da sociedade, é fundamental a articulação intersetorial dos diversos profissionais que atuam nesta área, sendo que tal capacitação propiciaria um melhor atendimento à população em situação de rua, de

modo que essas pessoas tenham garantia da atenção integral de saúde, com adequação das ações e serviços, de forma que assegurem a equidade e universalidade no âmbito do SUS.

Neste sentido, produzir algumas reflexões sobre a População em Situação de Rua com o cuidado à saúde dentro de parâmetros profissionais do Serviço Social traz algumas reflexões de como possibilitar a promoção e garantia a cidadania, assim como aos direitos sociais, respeitando sua dignidade enquanto ser humano, um sujeito de direitos. O Serviço Social possui ferramentas para criar estratégias que resultem no melhor atendimento desses sujeitos. Um atendimento que assegure a população em situação de rua, o acesso universal e igualitário aos serviços e ações do SUS.

Assim, buscou-se desenvolver este Trabalho de Conclusão de Curso denominado A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: Atenção à Saúde no Hospital Regional do Litoral, para compreender a atenção à saúde da população em situação de rua, atendida no Hospital Regional do Litoral, no município de Paranaguá, PR, nos seguintes aspectos: como ocorre o atendimento dentro do HRL; este atendimento segue algum protocolo de atendimento; existe alguma dificuldade no atendimento;

Esta temática foi motivada através da experiência adquirida durante o período de estágio curricular obrigatório dentro do HRL, no município de Paranaguá. Tal experiência propiciou desenvolver um estudo, de modo que resulte a compreender e ampliar o olhar sobre a temática.

Após ter a clareza da temática da pesquisa e o que irá nortear a mesma, faz-se necessário buscar um caminho.

Neste sentido, Minayo (2012, p.14) contribui afirmando que “*entendemos por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. [...] A metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está referida a elas*”.

Dessa forma, a pesquisa iniciou com o levantamento bibliográfico, segundo Galvão (s/d, p. 01) é uma

“Prospecção da informação para fins técnico-científicos (..), que leva em si um pouco de todas as pessoas que tiveram a preocupação em registrar (...) suas descobertas científicas, conhecimentos e percepções. (...) Pode-se afirmar, então, que realizar um levantamento bibliográfico é se potencializar intelectualmente com o conhecimento coletivo, para se ir além. É munir-se

com condições cognitivas melhores, a fim de: evitar a duplicação de pesquisas, ou quando for de interesse, reaproveitar e replicar pesquisas em diferentes escalas e contextos; (...) desenvolver estudos que cubram lacunas na literatura trazendo real contribuição para a área de conhecimento; propor temas, problemas, hipóteses e metodologias inovadoras de pesquisa; otimizar recursos disponíveis em prol da sociedade, do campo científico, das instituições e dos governos que subsidiam a ciência.”

Assim, o levantamento bibliográfico expande o intelecto individual através do conhecimento coletivo, contribuindo na construção do mesmo por meio de estudos já realizados.

Para realizar a pesquisa e análise sobre a atenção a saúde da população em situação de rua, realizou-se um estudo sobre as transformações históricas da política de saúde no Brasil, do direito a saúde e criação do SUS, juntamente com seus princípios e diretrizes. Assim como, as políticas de saúde destinadas a esse segmento. Também foi realizada uma breve análise do serviço social na busca da efetivação do direito a saúde da população em situação de rua. Para tais propósitos, foi necessário um intenso estudo a partir da pesquisa bibliográfica, utilizando as seguintes fontes: livros, artigos científicos, monografias formais, legislações, a fim de gerar uma aproximação com maior propriedade do objeto de estudo desse trabalho de conclusão de curso.

Para a realização da pesquisa de campo, foi utilizada a pesquisa do tipo qualitativa, pois se considera que a questão social envolve aspectos subjetivos e objetivos.

Assim, concordando com a afirmação abaixo

“A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.” (MINAYO, 2012, p. 21)

Desse modo, a pesquisa qualitativa visa entender a realidade social de forma mais ampla, diferentemente dos estudos das ciências naturais. De acordo com a afirmação a seguir

“A pesquisa qualitativa é uma designação que abriga correntes de pesquisa muito diferentes. Em síntese, essas correntes se fundamentam em alguns pressupostos contrários ao modelo experimental e adotam métodos e técnicas de pesquisa diferentes dos estudos experimentais.” (CHIZZOTTI,1995, p. 78)

Portanto, o uso da pesquisa bibliográfica possibilitou a descoberta, a ressignificação dos conceitos, bem como o embasamento teórico para análise das entrevistas. E a pesquisa qualitativa permitiu compreender a expressão da questão social objeto do estudo.

Para realizar a abordagem qualitativa, foi utilizada a entrevista semi-estruturada como instrumento da pesquisa, Triviños (2007, p. 146) define a pesquisa semi-estruturada como:

“[...] aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.”

Sendo assim, a entrevista semi-estruturada possibilitou que os participantes da pesquisa tivessem ainda mais liberdade para expressar suas opiniões sem perder o foco principal das questões. As questões utilizadas para a coleta de dados encontram-se no apêndice desse trabalho juntamente como o termo de consentimento livre e esclarecido.

Optou-se por limitar como público alvo da pesquisa a população em situação de rua, atendida no Hospital Regional do Litoral.

Selecionando dessa forma, para participar dessa pesquisa, profissionais que estejam diretamente ligados ao atendimento inicial desses sujeitos no pronto-socorro da referida instituição.

2.1.1 Hospital Regional do Litoral: Aproximações

“A hospitalidade oferecida pelo hospital seja incondicional, isto é, seja compreendida como um conjunto de valores, modelos e ações que dizem respeito ao receber humano”.

Autor Desconhecido

O Hospital Regional do Litoral (HRL) está localizado no município de Paranaguá – Paraná. Foi inaugurado no dia 19 de Fevereiro de 2009, ao lado da antiga Santa Casa. A construção do mesmo visava a melhoria no que diz respeito a atendimento de qualidade e saúde, dessa forma mudando a realidade da população usuária. Para tal construção o Governo do Estado investiu cerca de 32 milhões de reais em obras e equipamentos.

Hoje o HRL, é referencia em atendimento de emergência no litoral do Paraná, abrangendo o atendimento de pacientes dos sete municípios da região, sendo eles, Paranaguá, Morretes, Antonina, Pontal do Paraná, Matinhos e Guaratuba.

A instituição tem sua política de saúde fundamentada nos princípios do SUS, tendo como objetivo o planejamento, organização, direção, coordenação e controle das atividades de prestação de serviços médico-assistenciais executadas, no âmbito ambulatorial, hospitalar e de emergência. Da mesma forma, o hospital objetiva-se a prover recursos diagnósticos e terapêuticos para atender ao público usuário do SUS de uma forma geral, garantindo que o ambiente hospitalar seja seguro, funcional, operacional e adequado ao cuidado do paciente.

Para atender as demandas de alta e média complexidade, o hospital possui a seguinte infra-estrutura: localiza-se em um prédio de grande porte, com um espaço físico que visa abranger a toda a população por ele atendido, possui ambiente climatizado, e oferece condições necessárias para atendimentos qualificados ao usuário. Para tais atendimentos o hospital conta com os leitos de internamento, subdivididos em: clinicas médicas, pediatria, pronto socorro, maternidade, centros cirúrgicos, UTI geral, UTI neo natal e semi UTI.

O HRL é mantido e amparado exclusivamente pelo Governo do Estado. Quanto ao atendimento, o mesmo disponibiliza de parcerias com o município de Paranaguá, prefeituras dos municípios vizinhos, secretarias de saúde, conselho tutelar, conselho do idoso, instituto nacional de seguridade social (INSS), hemepar,

além de diversos serviços que podem contribuir para a melhoria do atendimento e recuperação do paciente.

O serviço social hospitalar, com que conta a instituição, é constituído por sete assistentes sociais e um auxiliar administrativo que trabalham em regime de escala 12x36, sendo que uma delas atua no período noturno. Esse setor demanda que o atendimento do profissional seja realizado diariamente, devido a complexidade de tais demandas, que em maior escala estendem-se as orientações ao usuários/familiares e acompanhamento social junto a equipe multiprofissional.

Um dos principais objetivos sociais é viabilizar direitos a esses usuários, promovendo o bem estar do paciente/família, com base na política de saúde. A intervenção do assistente social, dentro da instituição, busca fortalecer as noções de cidadania dos usuários, sobretudo no que diz respeito a direitos de saúde, e demais direitos inerentes a condição humana, acionando e encaminhando aos devidos órgãos competentes. Tal intervenção não se dá somente ao paciente, mas também a todo o meio social em que este encontra-se inserido, envolvendo seus familiares e o bem estar destes.

Os principais instrumentos de trabalhos do assistente social no hospital são os encaminhamentos, entrevistas, intermediações paciente-medico-família, e o desenvolvimento de projetos voltados aos usuários do SUS.

Sendo assim, o serviço social atua de forma multidisciplinar, contando com os serviços de diversas áreas, principalmente da psicologia, com a qual atua com mais freqüência dentro da referida instituição.

Dessa forma, o estudo proposto por esta pesquisa dentro desse espaço contribuirá para a formação e exercício profissional desses profissionais do serviço social.

2.2. Dialogando com os dados da Pesquisa

“Se a aparência e a essência das coisas coincidissem, a ciência seria desnecessária.”

Karl Marx

Neste tópico do TCC trata-se no diálogo com os dados da pesquisa. Assim, é importante esclarecer como foi o processo de construção da mesma, elencando as facilidades e desafios encontrados no percurso de tal construção.

Com a realização do estágio curricular obrigatório da autora no HRL, onde foi desenvolvido o projeto de intervenção sobre a viabilização de informação aos direitos dos pacientes, familiares, e usuários do SUS em geral.

Esse projeto possibilitou a identificação da fragilidade e vulnerabilidade social que a população em situação de rua vivencia, e como é importante a efetivação de uma política que atenda as demandas que eles possuem.

Com a realização do estágio no HRL, os contatos com os sujeitos da pesquisa foram facilitados.

Todos os sujeitos demonstraram atenção, respeito e seriedade com este trabalho, desejando ter acesso ao mesmo quando finalizado.

A saber, as entrevistas foram realizadas no período compreendido entre os dias vinte e seis de outubro e quatro de novembro do corrente ano.

Ao realizar a pesquisa todos os participantes foram esclarecidos quanto à ética do pesquisador, à garantia do sigilo da identidade, à garantia de não desejar responder alguma questão, como também a possibilidade de desistência em qualquer momento da pesquisa.

Na realização da entrevista, foi requerida a assinatura do Termo Livre Consentimento do(a) participante, assinado anteriormente pelo professor orientador e pesquisadora, com duas vias uma ficou em posse do(a) participante e outra da pesquisadora.

As entrevistas foram realizadas em ambiente profissional, em salas fechadas sem a influência de terceiros nas respostas, ressaltando que a entrevista realizada com a pessoa em situação de rua foi realizada no centro POP do município de Paranaguá, também em sala fechada e sem influências.

Diante da garantia ao sigilo, optou-se por manter as identidades dos entrevistados preservadas, para isso, os seus nomes foram substituídos por nomes comuns, escolhidos de forma aleatória.

2.2.1 Perfil dos(as) Sujeitos da Pesquisa

“A verdadeira ciência ensina sobretudo a duvidar e a ser ignorante.”

Miguel Unamuno

É importante destacar a importância da participação dos sujeitos da pesquisa, assim, Martins e Bicudo (1994, p.54) enfatizam que a entrevista:

“... é a única possibilidade que se tem de obter dados relevantes sobre o mundo-vida do respondente. Ao entrevistar-se uma pessoa, o objetivo é conseguir-se descrições tão detalhadas quanto possível das preocupações do entrevistado. Não é, tal objetivo, produzir estímulos pré-categorizados para respostas comportamentais. As descrições ingênuas situadas, sobre o mundo-vida do respondente, obtidas através da entrevista, são, então, consideradas de importância primária para a compreensão do mundo-vida do sujeito”.

Ou seja, a pesquisa prezará as respostas dos entrevistados de forma detalhada, considerando as compreensões de mundo em que cada sujeito está inserido.

Os sujeitos da pesquisa foram três, duas do sexo feminino e um do sexo masculino, sendo que:

A primeira será identificada como **Ana**, tem 34 anos, assistente social, exerce a profissão a seis anos, atua na área de saúde.

Já a outra será identificada como **Francisca**, tem 28 anos, enfermeira, exerce a profissão a seis anos e meio, atua na área de saúde.

E o outro será identificado como **João**, tem 39 anos, estudou até o 3 ano do fundamental, tendo retomado seus estudos a pouco tempo, através do EJA (Educação de Jovens e Adultos), vive em situação de rua a 11 anos, trabalhou como pedreiro, mas atualmente, o mesmo encontra-se desempregado e não realiza nenhum tipo de atividade eventual.

2.2.2 Apontamentos e Observações

"O importante não é estar aqui ou ali, mas ser. E ser é uma ciência delicada, feita de pequenas observações do cotidiano, dentro e fora da gente. Se não executamos essas observações, não chegamos a ser: apenas estamos, e desaparecemos."

Carlos Drummond de Andrade

A população em situação de rua busca geralmente atendimento de urgência no HRL, assim, **quanto ao atendimento** percebe-se que,

É realizado o atendimento aos moradores de rua, geralmente de dois a três por semana. As demandas são sempre as mesmas, pelos mesmos motivos de dor em algum lugar do corpo, às vezes tosse e febre. (Francisca).

A quantidade é bastante variável e é possível perceber de forma empírica que a maioria das pessoas em situação de rua, acabam dando entrada no hospital como vítimas de violência, relacionadas às causas externas, mas também é bastante comum eles relatarem sintomas de doenças decorrentes da falta das condições mínimas de moradia e sobrevivência. Atendemos recorrentemente as pessoas em situação de rua com transtornos mentais e/ou usuários de drogas, que não possuem família e quando possuem, encontram-se com vínculo fragilizado ou rompido, portanto não possuem uma referencia para acompanhar e controlar o tratamento. Por não aderirem adequadamente ao tratamento na área da saúde mental, acabam retornando com frequência ao hospital. (Ana).

Pode-se perceber através do discurso dos entrevistados, que esses sujeitos dificilmente dão continuidade a tratamentos médicos, geralmente buscam por atendimentos de emergência.

Desse modo, reafirmando o que já foi apontado anteriormente, que esses sujeitos estão inseridos em uma realidade no qual vivenciam as mais diversas situações de privações e violências, tendo como objetivo diário a garantia da sobrevivência física, eles são extremamente vulneráveis aos agravos à saúde, apresentando uma série de patologias inerentes à suas condições de vida.

Neste contexto, é importante reforçar a concepção de que os profissionais de saúde devem buscar meios que auxiliem no enfrentamento dos determinantes sociais responsáveis pelo adoecimento dessa população, de modo que possam

oferecer melhores respostas no atendimento a essas pessoas, buscando contribuir efetivamente para o desempenho clínico- assistencial.

O Ministério da Saúde, recomenda vários protocolos nos atendimentos ao cuidado à saúde. Assim, é importante perceber como se dá a **organização do fluxo do processo de triagem** do hospital, e se há algum **protocolo utilizado no atendimento a pessoa em situação de rua**. Dessa forma pode-se observar que,

No processo de triagem, o paciente faz a ficha de atendimento, e é atendido conforme ordem de chegada pela triagem, o enfermeiro avisa o médico, e o médico atende por ordem de chegada. Os casos de emergências são atendidos na frente dos outros. Não existe um protocolo específico. (Francisca).

Não existe um protocolo formalizado, mas o serviço social na maioria das vezes é acionado pela equipe que realiza o atendimento clínico. (Ana).

Diante do que foi exposto pelas profissionais de saúde, realmente ainda há um déficit muito grande, no que diz respeito ao atendimento específico e políticas de saúde direcionadas a população em situação de rua.

Concorda-se com Dantas (2007), quando o mesmo afirma que os equipamentos sociais públicos não visam à promoção de uma política de atendimento que de fato responda as necessidades e demandas destas pessoas em situação de rua.

Os profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde geralmente não estão preparados e capacitados para o atendimento desta população, por desconhecerem suas particularidades.

Nesse sentido, faz-se necessário que cada vez mais as equipes de saúde sejam multidisciplinares e capacitadas para atender a novas demandas, entendendo que novos grupos populacionais estão crescendo e se fortalecendo na sociedade brasileira, e que tais grupos possuem características diversas, desse modo demandando novos meios de organização de trabalho em saúde.

Quanto ao conhecimento sobre algum protocolo específico do SUS, que oriente os profissionais de saúde nesse atendimento a pessoa em situação de rua.

As entrevistadas afirmam desconhecer qualquer protocolo para tal atendimento.

Desse modo, reforçando a necessidade de capacitação das equipes de saúde dos setores públicos, para a demanda de atendimento da população em situação de rua, que se apresenta de forma crescente nos serviços públicos de saúde.

O SUS, no princípio de qualificação dos atendimentos, recomenda sempre um processo de avaliação e aprender com as dificuldades. Assim, é necessário compreender sobre as **dificuldades na abordagem com as pessoas em situação de rua**, as entrevistadas sinalizaram o seguinte:

Geralmente é difícil entendê-los em relação a comunicação verbal, a maioria é confuso, ou desorientado por algum motivo. (Francisca).

A maior dificuldade é relacionada aos pacientes em situação de rua com transtornos mentais e/ou usuários de drogas, pois dificulta a compreensão nas orientações advindas da escuta qualificada. (Ana).

Nesse contexto, um dos desafios é a necessidade de aperfeiçoar as abordagens com esses sujeitos, que apresentam distúrbios mentais e problemas com o uso abusivo de drogas e álcool.

Existem propostas atuais de tratamentos que evidenciam a motivação como um aspecto de relevância para que as pessoas decidam aderir aos tratamentos. Muitas vezes só ocorre a aderência ao tratamento, quando a pessoa não agüenta mais a situação em que se encontra. Com isso, tais abordagens devem oferecer vários recursos para favorecer essa motivação, que visem diminuir a resistência e estreitar a relação entre paciente e profissional.

No que diz respeito à pessoa em situação de rua, se faz necessário uma estratégia de redução de danos. Os serviços de urgência e emergência que recebem esses usuários de drogas e álcool, devem se organizar de modo a articular com outras instituições e setores, para que possam acolher e proporcionar um tratamento adequado para a interrupção do uso dessas drogas.

Um aspecto relevante é compreender como os profissionais de saúde, relatam sobre suas **experiências no atendimento a população em situação de rua**, as entrevistadas apontam:

A principal dificuldade é a comunicação, eles não falam de forma coerente, muitos deles tem hálito etílico, alguns alegam fome e frio e eu enquanto enfermeira não tenho muito o que fazer. (Francisca).

O desafio maior é a falta de uma rede de atendimento adequada. (Ana).

Diante das experiências vividas por esses profissionais, reafirma-se o que foi apresentado na questão anterior, ressaltando a importância da qualificação e sensibilização desses profissionais que atuam na área da saúde, é fundamental a articulação multidisciplinar com os setores que atende a população em situação de rua, principalmente entre saúde e assistência social. Fazendo-se necessário criar espaços de diálogos entre esses profissionais. Com o intuito de contribuir para a atuação dos mesmos no atendimento a esse segmento.

No que diz respeito a **realização de encaminhamentos desses sujeitos para algum órgão ou entidade social**, e sobre a **realização de busca ativa com parcerias**, no intuito de localizar familiares dos mesmo, apenas a profissional do serviço social foi questionada.

Em Paranaguá havia um albergue que fechou. Hoje contamos com o Centro POP, ou seja, Centro de referencia especializado para população em situação de rua. Também são feitos encaminhamentos ao CAPS, CREAS e ao Conselho Tutelar. No terceiro caso, o equipamento é acionado quando o usuário possui idade inferior à 18 anos, ou quando no seu contexto envolva alguma criança ou adolescente. (Ana).

Sobre a busca ativa: sim, realizamos a busca ativa da família e quando extinguidas as possibilidades acionamos o CREAS. Essa busca é feita apenas quando o paciente solicita ou necessita de acompanhamento na alta. (Ana).

Nesse sentido, é notório o quão importante são as ações intersetoriais, no que diz respeito a garantia dos direitos, reforçando a importância da comunicação entre os diferentes órgãos e serviços para que estes direitos sociais da população em situação de rua sejam viabilizados. O profissional de serviço social trabalha de acordo com os parâmetros que norteiam a sua atuação, entre esses, o de encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população, orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido

de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos.

As profissionais de saúde entrevistadas, apontaram **alguns aspectos relevantes**,

A preocupação maior são sobre os moradores de rua que ficam alojados na recepção deste hospital, com fome e com frio, dormem sentados por dias, é desumano. Porém o hospital nada pode fazer por que somos um local de emergência e não um setor de internamento social. A falta de assistência e atenção a estes por parte do município é um descaso, eles adoecem e as autoridades nada fazem. (Francisca).

A discussão com relação à necessidade de um atendimento adequado na saúde mental, pois é possível perceber de forma empírica que a grande maioria dessa população faz o uso de substâncias psicoativas e alguns ainda possuem transtornos mentais associados. (Ana).

Ambas as profissionais mostram preocupações em relação a realidade em que esses sujeitos estão inseridos. Enquanto esse segmento for discriminado como “morador de rua” pelo estigma que os envolve, considera-los como sujeitos de direito será um desafio, por serem desprovidos dos seus direitos básicos, é necessário humanizar o atendimento.

Dantas confirma isso ao falar que: *“É preciso que a equipe de saúde tenha sensibilidade para a apreensão destas necessidades, que são apresentadas como demandas específicas, podendo ser por consultas médicas, realização de exames ou consumos de medicamentos.”* (Dantas, 2007, p.46).

De acordo com o autor, tais demandas são moldadas a partir da oferta dos serviços, podendo sinalizar a necessidade de uma construção de vínculo com algum profissional da saúde, com o intuito de receber orientações para os problemas do cotidiano, assim como, criar meios para desenvolver uma autonomia na forma de condução de suas vidas.

Diante da resposta sob a visão dos profissionais da saúde, buscou-se compreender o outro lado, nesse sentido foi realizada entrevista com o usuário do SUS, que encontra-se em situação de rua.

Quanto à respeito das **principais causas que o levaram a buscar atendimento** em tal instituição, assim como, a frequência com que utiliza os serviços da mesma, ele informa que:

É sempre utilizo, tanto como eu utilizei aqui, agora utilizo mais em Curitiba né. O meu é compressão cervical medular, eu tive compressão cervical medular quando levei um paulada na cabeça, durante uma briga, tentaram roubar o comércio onde eu dormia. E hoje eu faço exame com a neurocirurgia e com a ortopedia, só esse ano pra esse tratamento que eu estou fazendo fui nove vezes. (João).

Nessa perspectiva, pode-se reafirmar o que este trabalho já mostrou, que a grande maioria dessa população, sofre diversas violações de seus direitos humanos, utilizando-se de várias estratégias para a sobrevivência humana.

Esses sujeitos estão inseridos em uma realidade onde a exposição a violência é inevitável. E devido a tais circunstâncias geralmente buscam os serviços de saúde em casos de urgências e emergências.

Outro aspecto a ser percebido é sobre **qual setor de saúde o encaminhou para o atendimento na instituição**, o mesmo relatou que o posto de saúde realizou este encaminhamento, reforçando a importância da articulação em rede das ações e serviços de saúde.

No que diz respeito ao **atendimento no hospital**, e se **existem dificuldades** para ser atendido, ele nos conta que:

Quando eu cheguei lá era a noite, cheguei a noite lá, e só colocaram soro em mim, e eu fiquei a noite inteira a deriva lá. Daí durante o dia que fizeram um eletro e a tarde lá pelas 5 horas que me levaram lá e me deram um banho porque eu não tinha condições de mexer nem os braços e nem as pernas por causa da minha compressão cervical, daí depois que me levaram pro quarto que eu fiquei internado. Mas o atendimento ficou a desejar né. Quando chegamos na recepção é a parte que é mais demorada, você vai ali pra fazer uma ficha, daí tem vez que não tem um médico uma chefe de enfermagem pra ir ali na frente fazer uma triagem, é a parte que é mais demorada. Tem vez que você leva 1 hora 1 hora e meia até 2 horas dependendo da quantidade de pessoas que tive ali né, tanto pelo médico tanto pela triagem, porque na triagem demora um pouco daí o médico pra atender também demora mais um pouco, e demora muito o atendimento ali, tem pessoas que chega ruim ali e fica esperando pela triagem e atendimento d medico ali. (João).

O relato de João, remete a emblemática reflexão sobre os direitos sociais, e as dificuldades que as pessoas em situação de rua enfrentam para ter acesso aos serviços públicos.

Esses sujeitos estão imersos em uma realidade onde a negação de direitos básicos é alarmante. A vivência continua com as situações de preconceito por parte da sociedade, provoca neles os sentimentos de abandono, desamparo, indiferença, perda da sua identidade enquanto sujeito de direitos.

Ao procurar atendimento nos serviços de saúde a população em situação de rua, precisa enfrentar a rejeição por parte dos profissionais da saúde, pois os equipamentos sociais públicos, geralmente não estão aptos a promover um atendimento de qualidade que possa responder as demandas e necessidades desses usuários.

Sobre a realização de **encaminhamentos a entidades sociais por parte de algum profissional do hospital**, ou se o houve alguma tentativa de contato com seus familiares, ele nos afirma que:

Teve um dia que eu fui lá que eu tava ruim, só que daí no outro dia de manha eu tinha que ir pra Curitiba, daí eu fui a noite lá daí tomei um soro lá, porque eu tava com muita dor nas costa, na coluna e tudo, daí eu conversei com a assistente social pra ver se tinha como ela me arruma uma ambulância pra me levar lá no João Paulo que dai eu dormia lá no João Paulo pra pegar o ônibus no outro dia de manha, daí não teve condições de me ajudar, daí uma ambulância do hospital, daí ela falou que ligou no plantão das ambulâncias da saúde e não tinha, daí ela ligou no centro POP e eles que foram me levar, a assistente social tentou me ajudar, não tenho nada pra reclamar, ela me atendeu bem. Em relação ao contato com familiares nunca houve. (João).

Observa-se que se faz indispensável o uso de instrumentos que viabilizem o atendimento e materializem os direitos da população em situação de rua. Nesse sentido seria necessário que o profissional desenvolvesse uma nova perspectiva de compreensão que compõe essa questão social especifica e implantar ações que viabilizem as necessidades desses sujeitos, enquanto usuários do SUS.

João apontou **alguns aspectos relevantes**,

Olha o atendimento tinha que ser assim, tinha que ter pelo menos duas parte de triagem pra atender o pessoal e dois médicos de plantão na

triagem e fora os médicos pra atender o ali o corredor, porque é muito pouco médico tem vez que tão precisando de médico e falam que ele ta em cirurgia e ta nisso, um medico pra atender os três andar la de cima, então tem que ter mais médicos para atender na hora da entrada, na hora da emergia ali do hospital,tem que ter é o que falta ali no hospital tinha que ter duas parte de triagem pra atender as pessoas mais rápido e duas salas com dois médicos pra ir atendendo pra ir encaminhando o pessoal pra dentro do hospital. (João).

De acordo com João, o atendimento deveria ser melhor, com mais médicos e uma melhor organização. Tal discurso, nos remete a realidade do SUS no Brasil, que apesar da sua constituição norteada pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade, ainda possui muitos desafios na sua efetivação. Que só poderão ser superados através do dialogo social e ampla participação social, inclusive dos movimentos que representam esse segmento.

Compreende-se que para que haja melhorias significativas no atendimento a população em situação de rua, é necessário uma sensibilização por parte dos profissionais da saúde, com a capacitação adequada para as novas demandas crescentes na sociedade brasileira.

É necessário que esses profissionais passem a visualizar nesses indivíduos, um sujeito de direitos, que possui uma identidade social, e tem direito a um padrão de dignidade, onde se tenha a concretização desses mínimos sociais e acesso a garantia de cidadania, independente da heterogeneidade que compõe esse segmento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realidade da População em Situação de Rua em Paranaguá e no Litoral do Paraná, no que diz respeito ao cuidado à saúde apresenta fragilidades em alguns aspectos, tais como, a falta de protocolos específicos para o seu atendimento, falta de profissionais que estejam preparados para atender a novas demandas que estão surgindo na sociedade brasileira, tendo em vista uma perspectiva mais humanizada. Assim como, a falta de estrutura do município para promover ações que viabilizem projetos para a melhoria de vida e consequentemente de saúde desse segmento.

A rede de atendimento ao cuidado à saúde deve ser qualificada, de modo que ocorra uma sensibilização dos profissionais atuantes nessa área, vale ressaltar que é fundamental a articulação multidisciplinar com os demais setores que atendem as demandas desses sujeitos, principalmente com o serviço social.

A Regional de saúde do município de Paranaguá deve estar atenta as necessidades de saúde da população em situação de rua, já que é notório o crescimento deste fenômeno, não só em Paranaguá, no Litoral do Paraná, como em escala nacional. Dessa forma, demandando projetos, ações e serviços direcionados especificamente para esse segmento.

Nesse sentido, pode-se concluir que a intersetorialidade é indispensável e de extrema importância, devendo ser aperfeiçoada, possibilitando assim que as demais áreas atuantes junto ao segmento, assim como o serviço social, possam participar da construção dessas propostas e de fato viabilizar tais ações.

Quanto a participação social da População em Situação de Rua no Conselho Estadual e Municipal de saúde, entende-se como sendo a melhor maneira de lutar pelos direitos sociais, tendo em vista que somente por meio de tal participação será possível contribuir na construção de propostas que visem a garantia de saúde desse segmento, os profissionais envolvidos nesse contexto precisam buscar uma atuação frente as diversas necessidades e problemas de saúde que a população em situação de rua enfrentam cotidianamente, dessa forma desenvolvendo ações que sejam compartilhadas e integradas entre os diversos serviços e profissionais desse âmbito.

De modo mais abrangente, tais propostas devem atuar na perspectiva de preservar os direitos e promover melhorias no atendimento à saúde desse segmento, ampliando as possibilidades de ações que visam o tratamento desses sujeitos.

REFERÊNCIAS

ABRANOSKI, A, P. **Participação Popular e o Controle Social no SUS**. Cepat/CJ-Cias (31 de maio de 2013) <<http://unisinios.br/blogs/ihu/parcerias/participacao-popular-e-o-controle-social-no-sus/>>, acesso em 28/10/2016.

ARAÚJO, V. de F. C.. **Política Nacional para a População em Situação de Rua: breve análise**. 2012 p.57. (Trabalho de Conclusão de Curso, Curso de Gestão de Políticas Públicas) – UFRN, Natal – RN.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. **História das Políticas de Saúde no Brasil: trajetória do direito à saúde**. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. Políticas de Saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

BEHRING, E. R. Brasil em **Contra-Reforma: Desestruturação do Estado e Perda de Direitos**. Cortez. São Paulo, 2003.

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. - 9. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, 2011, p.60.

BRASIL. BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm >. Acesso em 11 abr. 2016.

BRASIL. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. População em situação de rua. 2014**. Disponível em: <http://mds.gov.br/assistencia-social-suas/servicos-e-programas/servico-especializado-para-populacao-em-situacao-de-rua/populacao-em-situacao-de-rua> . Acesso em 20 abr. 2016

BRASIL. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Assistência Social**. CFESS. Brasília – DF, 2011. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha_CFESS_Final_Grafica.pdf Acesso em 30 out 2016

BRASIL. Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de Dezembro de 2009a. Institui a **Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 24 dez. 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm . Acesso em: 22 set. 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua**. Brasília-DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua : um direito humano / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013a. Define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua (PSR) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua – 2012 a 2015**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 28 fev. 2013. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0002_27_02_2013.html>. Acesso em: 25 Set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Manual sobre o cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua**. Brasília, 2012.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a atuação de Assistentes sociais na política de saúde: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais**. Brasília, 2010.

BRASIL. **POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – PNAS**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília, novembro de 2004.

BRASIL. **Lei n 11.258, de 30 de dezembro de 2005, que altera a lei n 8.742, de 7 de dezembro de 1993**, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11258.htm>. Acesso em 30 Set 2016.

BRASIL. Lei no 8.742 de 7 de dezembro de 1993. **Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS. 1993**. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm>. Acesso em 30 set. 2016.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. – 4ª ed. – São Paulo: Cortez; Brasília – DF: OPAS, OMS, Minist. Rio da saúde, 2009.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1995.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Para Entender a Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. 248 p

DANTAS, Mônica. **Construção de Políticas Públicas para População em Situação de Rua no Município do Rio de Janeiro: Limites, avanços e desafios**. Dissertação apresentada a Escola Nacional de saúde pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2007.

GALVÃO, M. C. B. **O LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO E A PESQUISA CIENTÍFICA**. S/D. <
http://www2.eerp.usp.br/Nepien/DisponibilizarArquivos/Levantamento_bibliografico_CristianeGalv.pdf>, acesso em 09/11/2016.

GAVRONSKI, A. A. **Participação Popular. Dicionário de Direitos Humanos**. (06 de junho de 2006) < <http://escola.mpu.mp.br/dicionario/tiki-index.php?page=Participa%C3%A7%C3%A3o+popular>>, acesso em 28/10/2016.

GONDIM, Roberta (Org.) **Qualificação de gestores do SUS**./Organizado por Roberta Gondim, Victor Grabois e Walter Mendes – 2 ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro, RJ: EAD/ENSP, 2011.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. – 5. ed. – São Paulo, Cortez, 2001.

MARTINS, Joel & BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. **A Pesquisa Qualitativa em Psicologia Fundamentos e Recursos Básicos** – 2. ed. – São Paulo: Moraes, 1994.

MATTA, Gustavo C. **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde**. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. Políticas de Saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio da pesquisa social**. In: Minayo, Maria Cecília de Souza (Org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 31.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Coleção Temas em saúde, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009.

SERRA. RODRIGUES. Carlos G., Paulo H. **O Financiamento da Saúde no Brasil**. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. Políticas de Saúde: organização e

operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005**. 2006. 220 f. Dissertação (mestrado) -Universidade de Brasília.

SOTZ, Eduardo Navarro. **Participação Social**. s/d. in: Dicionário da Educação Profissional em saúde. Disponível em:<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/parsoc.html>. acessado em 14 nov de 2016

SOUZA, W. da S. **O Popular e Controle Social na Saúde: democratizando os espaços sociais e agregando capital social**. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. Políticas de Saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007

TEIXEIRA, J. B.; BRAZ, M.. **O Projeto Ético Político do Serviço Social**. Brasília-DF. CFESS-ABEPSS, 2009, p. 18. <http://www.abepss.org.br/uploads/anexos/teixeira-joaquina-barata_-braz-marcelo-201608060407431902860.pdf> Acesso em 28/10/2016.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a perspectiva qualitativa em educação**. 1ed. São Paulo: Atlas, 2007.

APÊNDICE I: ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A TRIAGEM (profissional no HRL)

1-Identificação:

Nome:

Idade:

Formação:

Ano:

Tempo de serviço na saúde:

Cargo no HRL:

Tempo de serviço no HRL:

2- Na sua atuação na triagem do pronto socorro, você atende pessoas em situação de rua? Caso sim, quantos na semana, as principais causas e demandas (enfermidades), tem recorrência da mesma procura, local de origem

3- Como é organizado o fluxo do processo de triagem no PS do HRL?

4- Existe algum protocolo e ou fluxo específico no atendimento das pessoas em situação de rua? Sim, qual (procedimento adotado na triagem)

5- É de seu conhecimento algum protocolo do SUS, que orienta o profissional a fazer o atendimento das pessoas em situação de rua?

6- Relata as dificuldades na abordagem com as pessoas em situação de rua?

7- Relata sua experiência no atendimento as pessoas em situação de rua:

8- Você gostaria de relatar algo que não foi abordado em relação as pessoas em situação de rua, nesta entrevista:

APÊNDICE II: ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O SERVIÇO SOCIAL

1-Identificação:

Nome:

Idade:

Formação:

Ano:

Tempo de serviço na saúde:

Cargo no HRL:

Tempo de serviço no HRL:

2- Na sua atuação no HRL, você atende pessoas em situação de rua?

Caso sim, quantos na semana, as principais causas e demandas (enfermidades), tem recorrência da mesma procura, local de origem

3- Existe algum protocolo e ou fluxo específico no atendimento das pessoas em situação de rua? Sim, qual (procedimento adotado na triagem)

4- É de seu conhecimento algum protocolo do SUS, que orienta o profissional a fazer o atendimento das pessoas em situação de rua?

5- Relata as dificuldades na abordagem com as pessoas em situação de rua?

6- São realizados encaminhamentos dessa população para entidades sociais?

7- É realizada alguma busca ativa com parcerias, para tentar localizar os familiares desses usuários? Quais são os órgãos que dão suporte e auxiliam nessa busca?

8- Relate sua experiência no atendimento as pessoas em situação de rua (desafios):

9- Você gostaria de relatar algo que não foi abordado em relação as pessoas em situação de rua, nesta entrevista:

APÊNDICE III: ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA

1-Identificação:

Nome:

Idade:

Escolaridade:

Ano:

Local da última procedência:

Tempo que está em Paranaguá:

Tempo que está em situação de rua:

2- Você, utiliza com qual frequência os serviços de saúde do HRL:

Caso sim, frequência, as principais causas e demandas (enfermidades), tem recorrência da mesma procura

3- Qual o setor de saúde que encaminhou você para ser atendido no HRL:

4- Relato como você é atendido pelo HRL: (profissionais – avaliação)

5- Você tem dificuldade em ser atendido pelo HRL?

6- Algum profissional do HRL já encaminhou você para alguma entidade social?

6- Este profissional do HRL, fez contato com sua família, por que?

7- Você gostaria de relatar algo que não foi abordado, nesta entrevista:

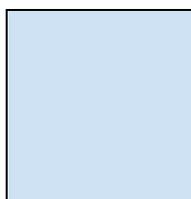
APÊNDICE IV: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa sobre a **A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: Atenção à Saúde no Hospital Regional do Litoral**, sob a responsabilidade da estudante pesquisadora Bárbara Regiane Fraga de Albuquerque, matrícula GLR20123460, no curso de Serviço Social do Setor Litoral da UFPR, com orientação do professor Jayson Azevedo Marsella de Almeida Pedrosa Vaz, matrícula SIAD 1005255, do curso de Serviço Social do Setor Litoral da UFPR. Sua participação é voluntária e se dará por meio de uma entrevista semiestruturada. Se você aceitar participar, estará contribuindo para a compreensão desse atendimento. Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e utilizados no Trabalho de Conclusão de Curso e em futuras publicações, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com a estudante pesquisadora.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, documento _____, fui informado sobre o que a estudante pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura do participante



Data: ___/___/___

Impressão do dedo polegar.
Caso não saiba assinar.

Assinatura da Estudante Pesquisadora Responsável

Assinatura do Professor Orientado Responsável