



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
FACULDADE DE ENFERMAGEM

PATRÍCIA RAMOS DE JESUS

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: Saúde e Vulnerabilidade
Social

Salvador – BA

2019

PATRÍCIA RAMOS DE JESUS

**POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: Saúde e Vulnerabilidade
Social**

Artigo científico apresentado à disciplina de TCC II do curso de enfermagem da Universidade Católica do Salvador, como parte dos requisitos para aquisição do título de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Mércia Vieira Silva

Salvador – BA

2019

DEDICATÓRIA

A Deus, autor em minha vida, quem me dá coragem para questionar realidades e propor sempre um mundo novo e de possibilidades acreditando nas pessoas como seres modificadores e a minha mãe, meu maior apoio, fonte de carinho, generosidade e inspiração.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, o mestre de todos os mestres que me deu saúde e forças para que eu pudesse chegar até aqui.

Agradeço a minha mãe Rita, razão de todo meu esforço, a mulher heroína que me apoia, incentiva nas horas difíceis, de desânimo e cansaço. A minha irmã Renata, por estar sempre ao meu lado, abraçando minhas escolhas e me fazendo sentir a melhor enfermeira mesmo antes de ser.

Meus agradecimentos aos amigos, companheiros nessa missão que foi trabalhar e estudar durante a graduação me ajudando a concluir hoje essa etapa: Verinha, Margô, Clisa, Say, Paulinha, Marcos, Tama, Nanda, Beca e a todos que conheci nesse processo.

A universidade pela oportunidade, a seus funcionários pelo carinho e comprometimento com as demandas dos alunos.

Agradeço a todos os professores por me proporcionarem o conhecimento com o compromisso pela educação, pela dedicação e conselhos.

Em especial, agradeço a professora Maísa por ter sido parte fundamental na construção desse trabalho e pelo carinho em atender a todos, mesmo com tantas demandas atribuídas a sua gestão e a minha orientadora Mércia Silva pelo apoio.

Agradeço também a instituição de saúde que abriu as portas para que a minha pesquisa fosse possível, aos funcionários e profissionais pela disponibilidade e por terem me recebido com muito carinho.

A todos, minha eterna gratidão.

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: Saúde e Vulnerabilidade Social

Patrícia Ramos de Jesus¹
Mércia Vieira Silva²

RESUMO

Introdução: A população em situação de rua é rotineiramente exposta a péssimas condições de estruturas físicas, saneamento básico e higiene pessoal tornando-os propensos a graves problemas de saúde. Arelado a esses fatores, estão submetidos à invisibilidade social, a violência e a violação do acesso aos serviços de saúde. **Objetivo:** Conhecer as condições de saúde e vulnerabilidades sociais vivenciadas pela população em situação de rua. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório. A pesquisa foi realizada na cidade de Salvador, no bairro Santo Antônio Além do Carmo. A população pesquisada foi composta pelas pessoas em situação de rua atendidas por um centro de convivência, além da equipe de saúde que atua no centro. **Resultados:** Foi possível identificar que a reexposição a situação de rua apresenta-se como agravo às condições patológicas dos indivíduos, tornando-os propensos a recidiva das doenças condicionando-os ao retratamento das patologias. **Considerações finais:** Através do seguinte estudo verificou-se que o espaço das ruas não favorece a continuidade do cuidado e a integralidade da assistência, além de observar que a população em situação de rua enfrenta barreiras de acesso aos serviços de saúde, falta de humanização e acolhimento pelos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Pessoas em Situação de Rua; Serviços de saúde; Promoção da saúde; Vulnerabilidade.

¹ Graduanda de Enfermagem da Universidade Católica do Salvador. Contato: patyprj@hotmail.com

² Enfermeira e docente do Curso de Enfermagem da Universidade Católica do Salvador. Contato: mercia.silva@pro.ucsal.br

POPULATION IN STREET STATE: Health and Social Vulnerability

Patrícia Ramos de Jesus¹
Mércia Vieira Silva²

ABSTRACT

Introduction: The street population is routinely exposed to poor physical conditions, basic sanitation and personal hygiene, making them prone to serious health problems. Linked to these factors, they are subject to social invisibility, violence and violation of access to health services. **Objective:** To know the health conditions and social vulnerabilities experienced by the street population. **Methodology:** This is a qualitative, descriptive and exploratory study. The research was carried out in the city of Salvador, in the neighborhood of Santo Antônio Além do Carmo. The population surveyed were street people served by a community center, in addition to the health team that works in the center. **Results:** It was possible to identify that the re-exposure to the street situation presents itself as an aggravation to the pathological conditions of the individuals, making them prone to relapse of the diseases, conditioning them to the re-treatment of the pathologies. **Final considerations:** Through the following study it was verified that the space of the streets does not favor the continuity of the care and the integrality of the assistance, besides observing that the population in street situation faces barriers of access to the health services, lack of humanization and reception by the professionals of health.

Key words: People in the Street; Health services; Health promotion; Vulnerability.

¹ Graduanda de Enfermagem da Universidade Católica do Salvador. Contato: patyprj@hotmail.com

² Enfermeira e docente do Curso de Enfermagem da Universidade Católica do Salvador. Contato: mercia.silva@pro.ucsal.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 METODOLOGIA	9
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	11
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS.....	31
ANEXOS	35

INTRODUÇÃO

O conceito de saúde é muito particular e a depender do grupo populacional em questão, história de vida, crenças e valores, leva a diferentes conotações. Esse conceito passou por mudanças que perpassam a concepção apenas assistencialista para abordar a complexidade das necessidades biopsicossociais no processo saúde-doença de determinada população (TILIO; OLIVEIRA, 2014).

Considera-se pessoas em situação de rua, o grupo populacional com características heterogêneas que apresentam em comum a fragilidade nos vínculos familiares, a condição pobreza e utilizam dos espaços públicos como moradia e sobrevivem através da produção de atividades nas provenientes das ruas (BRASIL, 2008).

A população em situação de rua vivencia em seu contexto social a desigualdade de classes e marginalização (BRASIL, 2012). A exclusão imposta a esse grupo os afasta do acesso à educação, à moradia, ao mercado de trabalho e aos serviços de saúde, causando assim a construção negativa da imagem dessa população, interferindo no reconhecimento de direitos sociais e constitucionais como também os segregando da convivência em sociedade (PAIVA *et al.*, 2016).

A exposição a riscos imposta à população que vive nas ruas demanda especificidade no atendimento pelas equipes de saúde. Ainda que o Brasil tenha um novo perfil quanto ao acesso aos serviços de saúde pela cobertura da Estratégia da Saúde da Família, existem grupos, como a população em situação de rua que encontra dificuldades no acesso seja pela organização dos serviços, pelo seu modo de vida ou particularidades que irão requerer rearranjos organizacionais do cuidado (CARNEIRO JUNIOR *et al.*, 2010).

O Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDS) realizou a Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua composto por pessoas com 18 anos completos ou mais vivendo em situação de rua em 48 municípios com mais de 300 mil habitantes e em 23 capitais alcançando um total de 31.922 pessoas em situação de rua (Brasil, 2008). Já segundo a estimativa da população em situação de rua no Brasil realizada pelo IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), utilizando-se de dados disponibilizados por 1.924 municípios via Censo do Sistema Único de Assistência Social (Censo Suas), bem como o número de pessoas em

situação de rua cadastradas no Cadastro Único para Programas Sociais do governo federal (Cadastro Único) estimou-se que existiam, em 2015, 101.854 pessoas em situação de rua no Brasil(IPEA, 2016). Esse dado pode não mais satisfazer a realidade crescente dessa população, tornando ainda mais preocupante. Existe grande dificuldade para quantificar a população em situação de rua, uma vez que a coleta de dados para o censo (IBGE) fundamenta-se em domicílios e essa população em sua maioria não tem residência fixa, além da grande mobilidade que apresentam (PAIVA *et al.*, 2016).

Trazer para o centro de discussões a temática da saúde da população em situação de rua e suas vulnerabilidades sociais para o graduando em Enfermagem é mostrar-se preocupado com a dinâmica social buscando a prática profissional em saúde que busca estratégias e resolutividade para melhoria no processo saúde/doença e respeitando os princípios constitucionais que defendem a saúde como direito de todos, acreditando numa sociedade sem excluídos (BRASIL, 2014).

O seguinte trabalho visa conhecer as condições de saúde e vulnerabilidades sociais vivenciadas pela população em situação de rua. Estudar essa população é resgatar a imagem social diante de uma população que precisa enxergar a precariedade desse grupo social, não como uma escolha à marginalização, porém como cidadãos que merecem um olhar com dignidade, humanidade e acolhimento, reconhecendo suas potencialidades para que possam reintegrar-se ao convívio em sociedade; bem como para o Estado, a fim de propor intervenções efetivas que assegurem os direitos constitucionais a moradia, a saúde, ao lazer, ao trabalho, à dignidade e a igualdade (BRASIL, 2012).

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa, descritiva e exploratório. A abordagem qualitativa visa conhecer a realidade que não pode ser quantificada, objetivando o entendimento das relações sociais. (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009, p.32).

A presente pesquisa foi realizada no bairro Santo Antônio Além do Carmo, Salvador – BA, onde localiza-se a unidade escolhida para a realização do estudo, atuante na assistência a população em sofrimento psíquico, em vulnerabilidade social, a usuários de substâncias psicoativas, com a população em situação de rua, atendimento a famílias que vivem no bairro, clientes atendidos pelo Sistema único de Saúde e tem suas atividades centradas na promoção da saúde, recuperação e prevenção de riscos e agravos (OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE, 2018). A coleta foi realizada em maio de 2019, nas ruas do centro histórico da cidade e nas dependências da instituição participante.

A pesquisa apresentou dois sujeitos: a população em situação de rua (usuários dos serviços da instituição) e os profissionais da equipe de saúde (redutores de danos, educadores sociais, enfermeiros e técnico em enfermagem).

Foram utilizados para a coleta dois roteiros de entrevista semiestruturados contendo 11 questões (destinadas à população em situação de rua) e sete questões (destinadas aos profissionais) que buscou investigar as condições de saúde e vulnerabilidades sociais vivenciadas pela população em situação de rua. Como instrumento acessório foi utilizado aparelho gravador de áudio e bloco de anotações consentidas pelos sujeitos da pesquisa.

Os critérios de inclusão utilizados para a população em situação de rua foram: população com idade a partir de 18 anos que se apresentaram orientados para realizar a entrevista. A pesquisa foi realizada somente com a população masculina, devido a maior acessibilidade a eles no momento da coleta, sendo maior quantitativo nas ruas.

Para os profissionais da equipe de saúde da instituição, os critérios utilizados foram a atuação diretamente com a população em situação de rua e a presença no momento da coleta de dados.

Os critérios de exclusão adotados para a população em situação de rua foram; a não participação dos indivíduos que apresentaram características do uso de substâncias psicoativas no momento da realização da coleta de dados.

O instrumento de coleta de dados foi aplicado a 14 participantes, devido à saturação teórica da amostra; dentre eles, participaram sete pessoas em situação de rua e sete profissionais da instituição.

Antes de iniciar, os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e informados quanto aos riscos e benefícios, após os esclarecimentos, foi solicitado à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi utilizada na pesquisa a pseudônima Esperança para os participantes; sendo diferenciados pelas siglas (E1), para a população em situação de rua e (E2) para os profissionais da equipe.

A entrevista ocorreu em dois momentos; nas ruas do centro histórico de Salvador, sendo acompanhada pela equipe de redução de danos e educação em saúde que atua externamente à instituição, a fim de encontrar a população pesquisada.

No primeiro momento, através da observação participante, aconteceu o mapeamento da área atendida pela instituição e o primeiro contato com a população em situação de rua e a equipe para em dias posteriores iniciar a coleta de dados.

O segundo momento, ocorreu nas dependências da instituição, fazendo parte, os profissionais da equipe de saúde presentes e usuários que estavam participando de atividades terapêuticas oferecidas pela instituição.

Como instrumento de análise de dados foi utilizado à análise de conteúdo.

A análise dos dados compreendeu as seguintes etapas; Ordenação dos dados; momento em que foram mapeados os dados obtidos, classificação dos dados; determinação do conjunto das informações presentes, análise final; momento que ocorreu a vinculação entre os dados e os referenciais teóricos (MINAYO, 2002).

Respeitando os aspectos éticos da pesquisa, o seguinte trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado pelo parecer 3.274.904/2019 comprovando os requisitos éticos da resolução nº 466 de Dezembro de 2012 e complementando-se na resolução nº 580 de 22 de Março de 2018.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterizando os participantes

O estudo foi realizado a partir da entrevista de sete pessoas que compõem o grupo de indivíduos em situação de rua da cidade de Salvador. A pesquisa foi realizada com indivíduos do sexo masculino, com idades entre 30 e 56 anos. Com relação ao nível de escolaridade, um era alfabetizado, dois concluíram o ensino fundamental, três tinham cursado o ensino médio e um concluiu o ensino superior. Em relação ao tempo de permanência nas ruas, a média relatada foi entre três meses a cinco anos. Entre eles, quatro citaram a motivação que o levaram a viver em situação de rua; dois tiveram o desemprego como motivação principal, um mencionou conflito familiar e um mencionou envolvimento com drogas.

Entre as patologias comentadas pelos participantes durante o período de permanências nas ruas, as prevalentes foram; Tuberculose, Leptospirose e Sífilis, além de dermatites, gripe e lesões de pele. Comorbidade como hipertensão arterial e diabetes mellitus também foram relatadas.

Com relação aos profissionais da equipe de saúde que participaram da pesquisa, 57% eram do sexo feminino e 43% do sexo masculino. Entre as mulheres, a faixa etária é representada entre 34 e 38 anos. Em relação ao tempo de serviço na instituição, foram relatados entre um mês a seis anos de serviço. Dos participantes do sexo masculino, as idades correspondem a 28 e 55 anos e o tempo de serviço na instituição entre um mês e seis anos, igualmente identificados na população masculina.

Da análise de conteúdo e interpretação dos dados emergiram-se três categorias temáticas; Exposição e vulnerabilidade: a rotina da população que vive nas ruas. População em Situação de Rua e o acesso aos serviços de saúde. Promovendo saúde: a redução de danos como estratégia no atendimento à população em situação de rua

3.1 Exposição e vulnerabilidade: a rotina da população que vive nas ruas

A rua como moradia, se constitui como local de exposição diária a situações de vulnerabilidades e condições patológicas (BRASIL, 2012). As dificuldades na manutenção da higiene pessoal pela população de rua assim como as péssimas condições de saúde em geral, influenciam no adoecimento e surgimento de patógenos e agentes infecciosos (AGUIAR; IRIART, 2012).

Ayres *et al.*, (2004) conceitua vulnerabilidade como a resultante de um grupo de aspectos individuais e coletivos que contextualizados considerem a possibilidade da exposição de pessoas à infecção e adoecimento atrelando a falta de recursos à impossibilidade de proteção.

Sotero (2011) destaca a característica permanente da vulnerabilidade vivenciada pela população que vive nas ruas; a falta da documentação que os impede de exercer a cidadania, ausência de moradia fixa, dificuldade para receber atendimentos em saúde, aproxima-os de situações de violência e medo.

Quando questionados de que forma eles descrevem o ambiente físico das ruas, os sete entrevistados associaram as condições físicas do ambiente às vulnerabilidades vivenciadas por eles;

[...] A rua é um inferno. As únicas vezes que salvam a gente na rua é a noite, quando chegam as pessoas doando roupa, dando um mingau, um café... Vem trazer aquele ânimo e alegria. Porque o resto... É um inferno. É Covardia, é gente roubando, os próprios moradores de rua roubando pra viver de droga (E1).

[...] A rua é um lugar onde ninguém deveria estar. Um lugar que eu não desejo nem para um cachorro, ainda mais para um ser humano. Perigoso, são tantos barulhos, as bagunças que acontecem, brigas... Essas coisas, o perigo, a maldade. E tem muita gente que não gosta de morador de rua (E1).

[...] Nas ruas, acontecem mortes, pessoas tocam fogo, jogam gasolina... Comem comida do lixo, eu também já comi do lixo. Nunca roubei nada dos outros. Nunca dei trabalho pra ninguém (E1).

Sotero (2011) afirma ainda, que a vulnerabilidade social que expõe a população em situação de rua é reflexa da incapacidade das políticas públicas de promoverem a equidade e equiparar as diferenças históricas. Assim, a situação conflitante entre moradores em situação de rua, população em geral e o poder público, demonstra a permanência de culpabilização individual pela condição de pobreza que essas pessoas vivenciam ainda enraizados na sociedade, tornando

mais dificultoso os enfrentamentos na rotina desse grupo social que além de superar suas histórias pessoais, se esbarram no preconceito que diminuem a sua condição de sujeito, como é possível verificar nas seguintes entrevistas:

[...] Tem gente que não gosta de morador de rua, às vezes, moradores mesmo que tem sua casa, eles querem judiar, aguardam a madrugada pra bater, bota para correr do lugar e querem jogar álcool, tacar pedra... (E1)

[...] Muitas vezes a gente é acordado. Já vi pessoas jogando água de manhã cedinho só porque era um supermercado e a gente estava deitado na frente e dorme em papelão(E1).

[...] A gente dorme mais em grupo, em quatro, cinco ou seis... Perto de algum posto onde tem algum guarda, alguém para poder socorrer na hora das situações... (E1)

Lopes (2006) cita os grupos de fatores que condicionam a população à situação de rua; ausência de moradia falta de trabalho e renda, mudanças econômicas e institucionais de forte impacto social são considerados fatores estruturais. Fatores como rompimento de laços familiares, doenças mentais, consumo frequente de álcool e outras drogas, morte de todos os membros da família, roubo de bens, são caracterizados como fatores biográficos e fatores da natureza são aqueles ligados a fenômenos naturais como inundações, terremotos, desmoronamentos.

Para Klaumann (2013) não existem dados que cronologicamente comprovem o surgimento da situação de rua no Brasil, porém, na transição para o modo de produção capitalista, a população da época que viviam de outros modos de produção, passaram a vender sua força de trabalho ou seriam postos à margem da sociedade, situação que reflete ainda na vida da população. Como consequência, a redução de postos de trabalho, nas indústrias, causados pela precarização do trabalho, aumento da população flutuante não absorvida pelo mercado e aumento da condição de pobreza. Ghirardi *et al.*, (2005) concorda que viver nas ruas apresenta relações com a escassez no mercado de trabalho. Cita também a disputa por posição no mercado de trabalho, a dificuldade de obtenção de vínculos empregatícios justificados pela falta de qualificação profissional e estigmatização no trabalho e o desemprego, como é possível observar nas falas dos entrevistados:

[...] Rapaz, eu nunca passei por essa situação é a minha primeira vez na rua. Eu fiquei desempregado, não consegui mais pagar aluguel e não tenho ninguém aqui, meus pais não são mais vivos (E1)

[...] Tinha 4 anos na rua. Eu tenho família, mas minha família não quer que eu fique nas ruas. Mas eu não gosto de depender de ninguém. Eu gosto de ter meu sustento, cato minha latinha, catar meus pets, ferros pra me ajudar mesmo a me alimentar. Pra me ajudar mesmo depois que fiquei sem trabalho e não precisar depender de ninguém (E1).

[...] Eu trabalhava na feira, mas fiquei sem trabalho, sem ter dinheiro pra pagar meu aluguel e minhas coisas... (E1)

Varanda e Adorno (2004) apontam a complexidade na distinção entre situações de permanência nas ruas (aquelas pessoas que ficam, que estão ou que vivem nas ruas) e as categorias criadas de trabalhadores reconhecidos profissionalmente (a exemplo de catadores de lata, de papel e cobre) que se reconhecem como moradores de rua, porém possuem vínculos familiares, fazem parte de cooperativas, não dependem diretamente do serviço público em saúde, porém moram nas ruas. Sendo assim, existe outro fator a ser considerado, é a identidade do sujeito.

Ao serem questionados sobre os perigos vivenciados nas ruas, os participantes mencionaram a violência, o furto e a relação com uso de substâncias psicoativas;

[...] O perigo é o que mais tem porque nós não dormimos, nós cochilamos. Uma pisada, nós acordamos. E na rua você não tem amigo, mesmo os que moram na rua. Eles te veem com alguma coisa, eles criam olho e tramam com outro pra te roubar, entendeu? Porque a maioria das pessoas que moram na rua são usuários de crack. E os que usam crack devido abstinência da droga, aproveitam das pessoas que estão dormindo pra roubar roupa, sapato, os objetos que eles possam vender por dois, três reais e aí usufruir da droga (E1).

[...] Na rua você não pode fazer inimigo, sabe... Porque se você faz inimigo, aí você não pode dormir mais, porque senão eles vêm e te matam. Aí você tem que dormir de dia, pra de noite ficar mais aceso (E1).

[...] O principal perigo é a covardia. Já acordei com revólver na cara... (E1).

[...] Os polícias. Porque há um tempo, tinha um carro que passava, pegando os moradores de rua e carregando, aí ninguém achava mais (E1).

Para Varanda e Adorno (2004) a fragilidade ou ausência dos laços familiares podem ser associadas a principal motivação para a busca das ruas como moradia. Assim, a rua se torna local de completude a existência do indivíduo que busca compensação das perdas no consumo de drogas com a finalidade de sobrevivência e resignificação da vida.

A ausência de proteção nas ruas ou abrigo torna o indivíduo propenso à violência de natureza física ou psicológica. Esses perigos requerem desse grupo social estado constante de vigilância, como mencionado em falas anteriores, o que pode ocasionar manifestações de natureza biológica, respostas do organismo as situações de estresse (BRASIL, 2012).

Kunz, Heckert e Carvalho (2014) destacam a violação de direitos a população que habita as ruas pelos agentes da segurança pública, também referidos na seguinte pesquisa. As abordagens violentas, ameaças constantes e apreensão de objetos pessoais fizeram parte dos relatos. O medo de represália no período da noite se constitui mais um aspecto na vulnerabilidade pessoal imposta a esses indivíduos.

Segundo o manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua (BRASIL, 2012) essa população está vulnerável a precipitar os agravos a saúde por estarem em maior exposição a situações de violências, baixa ingestão de alimentos ou ingestão inadequada de água e alimentos contaminados como também a variações climáticas.

Para Tílio e Oliveira (2014) para ocorrer à legitimação do cuidado, é necessário à interdependência de forças; onde se envolvem, o Estado e o sujeito considerando também os profissionais de saúde, embora acredita-se na negligência da responsabilidade quando se trata da população em situação de rua.

3.2 População em Situação de Rua: acesso aos serviços e limitações na promoção à saúde

Pereira, Augusto e Barros (2011) conceituam saúde como bem estar físico e mental, não somente ausência de enfermidades. Sabe-se que o conceito de saúde passou por várias mudanças históricas desde aqueles que enfatizavam as ações curativas e medicamentosas a ausência de doenças. Já outros estudos consolidados apresentam uma visão mais ampla de saúde, onde considera-se o organismo saudável, aquele que apresenta o equilíbrio entre fatores individuais, sociais e ecológicos. Assim, adoecimento passa a ser visto como desequilíbrio entre esses fatores, não mais, como o mau funcionamento do organismo (SENAC, 2014).

Ao entrevistar o grupo composto pelas pessoas em situação de rua e interroga-los quanto ao entendimento sobre o que é saúde, a relação entre as condições das ruas e a saúde, a forma de obtenção de água, alimento e higiene

peçoal, os entrevistados relacionam a saúde com a presença ou ausência de doenças e discorrem sobre a participação efetiva dos projetos sociais e pessoas voluntárias vinculadas à igreja no suporte às condições mínimas à sobrevivência dessa população. Abordam também as estratégias utilizadas por eles para atender as suas necessidades humanas básicas.

[...] A saúde é você está vulnerável a tudo né! Você dorme na rua e tem contato com barata, com rato, com tudo quanto é tipo de bicho. Tenho um amigo que foi mordido por rato e pegou Tifo embaixo do viaduto, tomou um monte de remédio.

[...] A rua afeta a saúde quanto a condição mental, entendeu? Você vai se tornando uma pessoa mais agressiva, devido ao sofrimento, você vai se tornando uma pessoa com o caráter completamente diferente que você tinha antes. Começa a mudar tudo na sua vida (E1).

[...] Minha saúde está boa. Eu não me sinto doente (E1).

[...] Eu tenho 3 meses na rua e já tive gripe forte e febre, estava tossindo... (E1)

[...] As necessidades; banheiro, comer, tomar banho, tudo isso se torna difícil. Ai a gente fica dependendo na rua de doação, do pessoal de igreja que vem ou de alguma faculdade que vêm as vezes também ou do pessoal de casa, o pessoal resolve se reunir pra fazer doação, pão, café, roupa também...As vezes vem, as vezes não vêm... Tem dias que não vem ninguém, tem dias que vem 20 equipes ou outros que não vem nenhuma. É tudo incerto (E1).

Segundo a pesquisa do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, uma em cada quatro pessoas vivendo nas ruas não consegue se alimentar diariamente. Devido à precariedade no acesso, lavar as mãos antes das refeições se torna dificultoso. O uso de restos se torna frequente e dietas exclusivamente à base de alimentos doados faz com que o consumo de nutrientes necessários seja irregular, levando a um estado nutricional inadequado (BRASIL, 2008).

Para isso, o Ministério da Saúde na construção do Sistema Único de Saúde, a fim de garantir os direitos da população, se norteia pelos seguintes princípios doutrinários; integralidade, universalidade e equidade (BRASIL, 1990). Por outro lado, existem grupos sociais que não gozam de forma igualitária desses princípios; como a população em situação de rua, que vivencia a carência de condições básicas de vida (BRASIL, 2012). Como é possível observa nas entrevistas seguintes:

[...] Os que fazem reciclagem pegam doença, é de tanto pegar o lixo com a mão, acham às vezes uma quentinha, que não sabem o estado e quanto dia está aquilo ali (E1).

[...] De manhã eu tenho que me virar no café, às vezes eu já guardo o pão da noite. Quando o pessoal vem de noite, eu já peço pra deixar o da manhã. Aí eu só corro atrás do café (E1).

[...] Pra tomar banho a gente vai na bica aqui em baixo ou vai onde era antiga igreja São Francisco(E1).

As condições do meio exercem forte influência na manutenção da saúde, uma vez que o conceito de saúde também considera as relações sociais. Dessa forma, cabe a compreensão que a situação de saúde de determinados grupos sociais são determinadas pelo meio, representadas pelos cenários sociais, culturais ou políticos, gerando assim desigualdades e contrariando a escolha do indivíduo (ROSA; CAVICCHIOL; BRÊTAS, 2005).

Dois participantes acreditam que existem possibilidades de cuidar da saúde mesmo estando sob condições adversas:

[...] Tem vários tipos de moradores de rua; tem aqueles que se preservam na saúde; eu durmo na rua, boto um madeirite, boto o papelão por cima e deito. Eu não deito direto no chão puro. Tem outros que não estão nem aí (E1).

[...] Eu não como lixo, não fico muitos dias sem tomar banho, eu me preservo até na alimentação, bebo bastante água sempre que dá (E1).

Enquanto existem outros participantes que revelaram ciência quanto à necessidade da mudança dos hábitos para a manutenção da saúde e não acreditam na possibilidade de prevenir as doenças diante das condições impostas pelas ruas;

[...] Eu não deveria estar bebendo, não deveria usar drogas também. Eu acho que até a prevenção é difícil (E1).

[...] Essa época mesmo de chuva, eu já acordei, pisei numa água e fiquei preocupado, eu estava calçado e meu pé afundou, eu não tenho pomada, nem remédio. Isso é prejudicial à humanidade (E1)

A população em situação de rua tende a fixar-se nas regiões centrais das cidades, onde o comércio atrai o maior fluxo de pessoas. Isso ocorre devido à tentativa dessa população de estar mais próximo dos serviços de saúde, obtenção de alimento, água e recursos financeiros, já que no período da noite, esses locais se transformam em abrigos. Porém, mesmo diante dessa tentativa de aproximação dos serviços de saúde, acredita-se que a organização dos serviços não apresentação uma articulação em suas práticas para atender adequadamente esse grupo social (CARNEIRO JUNIOR *et al.*, 1998).

Ainda que o Brasil tenha um novo perfil quanto ao acesso aos serviços de saúde pela cobertura da Estratégia da Saúde da Família, existem grupos, como a população em situação de rua que encontram dificuldades no acesso seja pela organização dos serviços, pelo seu modo de vida ou particularidades que irão requerer rearranjos organizacionais do cuidado (CARNEIRO JUNIOR *et al.*, 2010) . Visto isso, verificaremos essa relação nas falas que seguem;

[...] Você precisa ter um atestado de moradia, eles pedem essas coisas, como você vai ter comprovante, se você não tem casa? Ai você tem que recorrer a esses projetos assim que a assistente social te dá o que você tem direito (E1).

[...] Muita gente me olhava assim com uma cara assim... (E1).

[...] Os locais não recebem, não recebem com respeito. Principalmente os moradores de rua que não cuidam da higiene, não tomam banho direito, chegam com aquele odor (E1).

Atrelado as falas das pessoas em situação de rua, os profissionais da equipe de saúde participante também da pesquisa, relataram o processo burocrático das redes de atenção a saúde como limitadores da promoção a saúde da população e reforçam em suas falas, as barreiras vivenciadas por essa população no acesso ao serviço:

[...] Muitas vezes essas pessoas tem seus direitos negados, a dificuldade que a gente encontra para serem aceitos em outros serviços (E2).

[...] A rede limita. Causam situações, olham aquela pessoa, com olhar de julgamento, nem todo mundo que está naquela situação é o que a gente pensa. Do mesmo jeito que eu tenho direito como cidadão ele também. Ele tem direito de chegar a uma rede de saúde e ser atendido, mesmo que ele não tenha um documento (E2).

Para Costa (2005) existem entraves que interferem no acesso dos moradores em situação de rua aos serviços de saúde; a solicitação de comprovação de residência, tratamentos de saúde que não condizem com a realidade de moradia e condições socioeconômica do indivíduo e a falta de preparo do profissional para acolher esses indivíduos.

[...] A meu ver, são limitações próprias da rede. Muitas vezes a gente tem um caso e esbarra em alguma burocracia da rede. Ex: O usuário que a gente atende não tem documento e a gente está precisando inserir ele em uma avaliação médica, então tem algumas unidades que não recebem esse usuário por causa da ausência de documentos, são essas barreiras que a gente encontra e acabam impedindo o trabalho completo (E2).

[...] Principalmente no atendimento a eles nos postos de saúde. Eles sempre relatam que não vão porque quando eles estão sujos, as pessoas não atendem. Ai a equipe tem que arranjar estratégia para convencer eles a irem ao serviço com a nossa equipe(E2).

Segundo a portaria nº 2.436 de 21 de Setembro de 2017, a Nova Política Nacional da Atenção Básica, define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia que visa o cuidado integral às necessidades de saúde da população. As RAS formam arranjos organizativos constituídos por ações e serviços de saúde com configurações tecnológicas assistenciais, articulados e complementares com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema (BRASIL, 2017).

A promoção da saúde apresenta o objetivo de reorientar os serviços de saúde superando a divisão do assistir a doença, buscando nova perspectiva da atenção integral a população e suas necessidades, relacionando dialogo do cuidar e auto cuidado, do ensinar e aprender refletindo a necessidade dos serviços participarem ativamente da resolução dos problemas de saúde da sociedade.

Para um dos depoentes, a escassez dos recursos também merece destaque como limitador do processo de promoção a saúde dessa população. Muitas vezes existem recursos humanos que são limitados pela quantidade insuficiente de recurso material. Faltam recursos básicos como; água para oferecer a população, fita de glicemia para realizar a verificação esfigmomanômetro insuficiente para aferição da pressão arterial. A mesma cita também a falta do acesso à marcação de exames e a impossibilidade de realizar outros procedimentos que a população necessita, não necessariamente assistencialista:

[...] Existe uma demanda que é realidade da rua, como por exemplo, a distribuição de preservativos. É claro que a gente tem os parceiros; os postos de saúde, mas, ainda assim, a demanda é maior do que a quantidade de atendimentos que a gente consegue. Até por que tem demandas que o próprio posto solicita e a gente e não tem condições de atender (E2).

Tendo sua fala evidenciada por um dos moradores em situação de rua entrevistados;

[...] Outro dia, eu queria camisinha, não encontrei. Pra mim, todo morador de rua tem que ter camisinha na carteira e a gente não consegue, porque nós moradores de rua somos considerados prostitutas, meninos de programa (E1).

A assistência à saúde dessa população esbarra com outras inúmeras limitações tais como: falta de albergues necessários à realização da higiene corporal, locais adequados para a administração de medicamentos controlados; recursos terapêuticos deficientes e escasso que apresentam-se como indicativo de serviços de saúde deficiente demandando resultados técnicos, gerenciais, setoriais e intersetoriais (CARNEIRO JR, *et al.*, 1998).

O estigma social sofrido pelos moradores de rua se reflete também na assistência a saúde, marcado por exclusão em diversos serviços. A presença dessa população nas unidades de saúde, muitas vezes é vista como incômodo para a sociedade civil, como também para a equipe multiprofissional sendo impedidos de gozar da assistência integral a saúde de forma igualitária restando o atendimento nas unidades de pronto atendimento ou emergência (BRASIL, 2012).

Ao mencionar o preconceito no atendimento a população em situação de rua, todos os profissionais entrevistados acreditam na existência de estigma social por parte dos profissionais envolvidos no atendimento. Como é possível identificar nas falas seguintes associadas aos relatos das pessoas em situação de rua;

[...] Existe sim. De todos os profissionais, trabalhar com esse público é você se despir de muitos preconceitos. A gente tem preconceito o tempo todo. Um olhar, uma fala, um pensamento... (E2).

[...] Então eles tem aquele receio, cheios de luva, máscara... Concordo que ele tem que se cuidar... Mas eles tratam com olhar diferente, olhar de cuidado, não é assim (E1).

[...] Sim. Alguns profissionais dizem que atuam com população em situação de rua e vulnerabilidade social, sendo que alguns deles são os primeiros a iniciar os preconceitos no atendimento e a gente encontra muitas barreiras entre os profissionais que atuam com população em situação de rua de outros serviços. A gente sofre algumas frustrações (E2).

[...] Vixe, lá vem aquele morador de rua, meu Deus... (E1)

[...] Com certeza, isso a gente vivencia na prática. Porque um morador em situação de rua se for sozinho, não consegue atendimento. Mas se ele for com a equipe, ele consegue ser atendido. Então isso é claro, é fato. E muitos quando a gente encaminha, eles não querem ir. Nem com a equipe, porque eles já foram outras vezes e foram vítimas de preconceito, então eles preferem não ir mais. Causam uma barreira psicológica neles (E2).

Ayres (2004) enfatiza o acolhimento como principal forma de inter-relação entre pessoas em situação de rua e serviços de saúde. O acolhimento é a capacidade de escuta profissional, atenta as demandas e relatos do sujeito, visando

atender suas necessidades de saúde com a finalidade de realizar planejamento sócio assistencial à promoção da saúde do indivíduo. Os profissionais necessitam fornecer escuta qualificada. Ao se referir a pessoas em situação de rua, a escuta apresenta aspectos afetivos, se relacionando com a promoção do autocuidado e às motivações que os levaram para as ruas. Assim, esse espaço de escuta se torna imprescindível a esse grupo social.

3.3 Promovendo saúde: a redução de danos como estratégia no atendimento à população em situação de rua

A exclusão das estruturas sociais vivenciada pela população em modo geral compromete a saúde física e psíquica do indivíduo acarretando prejuízos a sua sobrevivência. Viver nas ruas, se torna lugar de acolhimento, ao mesmo modo que intensifica esse processo. Ao se deparar com situações de risco e ao se expor a comportamentos danosos, como o uso de substâncias psicoativas, o consumo exacerbado se constitui um problema de saúde pública que exige planejamento estratégico a fim de minimizar as consequências (ROSEANTOCK; NEVES, 2010). Como pode ser entendido através dos seguintes relatos;

[...] O problema de estar na rua é que você começa a ficar deprimido e se você tiver um vício, esse vício vai piorando. Se você bebe, você vai beber em dobro entendeu? E depois em triplo. Se você usa drogas, começa a usar em dobro, a usar mais coisas na depressão. E você quer sair daquela depressão tem que continuar bebendo, continuar usando drogas... E vira um ciclo vicioso e você não sai daquilo ali. Fica acorrentado, e não consegue progredir (E1).

[...] Eu já vi usuário de crack que dia ele faz o corre, pra usar de tarde ou de noite. De dia ele cata lata, trabalha na feira, pega aquele dinheiro, por enquanto alí ele come. Ou tem outros que usam o dia todo e a noite ele tem muita fome e não tem como conseguir mais a comida porque o pessoal já passou (E1).

O processo de produção em saúde demanda uma relação entre os sujeitos; profissionais de saúde e usuários (SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015). Dentro desse processo, o acolhimento tem papel fundamental. Enquanto diretriz operacional, o acolhimento visa à garantia da acessibilidade para todos os usuários do serviço, descentralizando o processo de trabalho, onde a equipe multiprofissional se torna eixo central do acolhimento, escutando o usuário e trazendo resolutividade das demandas de saúde, qualificando a relação entre profissional e usuário de forma humanizada e solidária (FRANCO; BUENO; MERKY, 1999).

Quando os profissionais foram interrogados se a abordagem profissional interfere no retorno ou desistência das pessoas em situação de rua ao serviço de saúde, eles enfatizam a importância do acolhimento no primeiro contato ao usuário do serviço de saúde;

[...] Interfere. Principalmente a primeira abordagem. Ela vai influenciar no percurso desse usuário na rede. Se a gente não faz o acolhimento de acordo com a política nacional de atenção básica, de acordo com o que preconiza a política, quanto ao acolhimento, a gente corre o risco de perder esse usuário, de perder ele da rede. A abordagem é essencial e tem que ser de acordo com o que a política preconiza (E2).

[...] Com certeza, se ele chega naquele lugar, da primeira vez e ele é barrado ou é vítima de preconceito, perde a identidade. Porque eles não são reconhecidos como pessoas, são reconhecidos como mendigos. Então isso já cria uma barreira e ele não volta. Seja em qualquer espaço; posto de saúde, hospital... (E2).

[...] Sim. Tanto interfere nele se sentir acolhido pelo serviço ou ir embora. Nos serviços que não acontecem o atendimento humanizado, eles não voltam. Temos relatos de usuários onde eles dizem que quando tem problema de saúde eles ficam protelando, deixando prá lá até não aguentar mais e ir direto para a emergência, porque lá, eles não têm jeito, não tem como barrar. Ainda assim, eles não querem atender, mas lá é emergência, não tem jeito. Ou seja, eles deixam agravar o problema de saúde devido à dificuldade no acesso(E2).

Franco, Bueno e Merky (1999) acrescentam que após essa etapa, ocorrem os processos tecnológicos, que é o trabalho em ato, com a finalidade de produzir vínculos e planejar intervenções, atenderem as necessidades de saúde do usuário, visando o controle de sofrimento e a promoção de saúde.

De acordo com a Nova Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2017) uma das características do processo de trabalho das equipes é o acolhimento “com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências”.

Ao questionar os participantes que atuam com a população em situação de rua através da redução de danos e educação em saúde, se as condições físicas das ruas interferem na promoção e recuperação a saúde da população, eles forneceram relatos descritos nas seguintes falas;

[...] Sim. Existe todo um contexto. O usuário está na rua, por alguns motivos. Uns nascem na rua, outros passam a viver na rua. E a gente tem que buscar junto ao usuário o contexto que levou ele a viver na rua. Às vezes a gente acha que o melhor para ele é estar abrigado. Mas será que ele

quer? Muitas vezes ele escolhe estar na rua por ter a liberdade. Ela tem esse significado para ele. E a gente tem que buscar junto a ele traçar um perfil e uma estratégia de cuidado. Seja na instituição ou na própria rua (E2).

[...] Sim. Eles estão na rua e não tem o mínimo do que é possível para o ser humano viver. Um ambiente molhado, sujo, você não vê a presença de pessoas da companhia de limpeza urbana. Isso tudo para eles acaba sendo um perigo. Não apenas a saúde física, como psicológica também; eles fazem o uso indiscriminado do álcool e de outras substâncias e se não é a equipe pra estar aqui e orientar, eles ficam desassistidos. Então a rua acaba sendo um lugar nocivo (E2).

Outro participante menciona a rua como local dinâmico que as pessoas em situação de rua não conseguem guardar medicamentos, documentos, o acesso dificultado e cita a existência do atendimento através dos consultórios de rua que funcionam de forma eficaz na região do centro histórico de Salvador. Comenta também que o público consegue acessar ao serviço, mas não conseguem dar continuidade devido a dinâmica da população, por se tratarem de uma população flutuante e se locomoverem de acordo com a necessidade deles.

Em sua fala, relata situações como períodos de festas na cidade, a exemplo do carnaval onde a população é obrigada a migrar para outros pontos da cidade, para sair do centro, dos pontos turísticos por motivos de segurança. E cita a possibilidade deles não encontrarem os serviços de saúde nessa nova localidade, interrompendo o tratamento. E finaliza, mencionando também a questão nutricional, higiene pessoal, a alimentação inadequada, a exposição e vulnerabilidade que são intensificados.

De acordo com a Pesquisa Nacional sobre a população em Situação de rua (BRASIL, 2008) há controvérsias na discussão a cerca do atendimento à população em situação de rua. Enquanto estudiosos entendem a necessidade de estratégias específicas de ações no cuidado a essa população reconhecendo a rua como moradia mesmo que temporária, teme-se a estimulação da permanência desse grupo nessa condição.

Por outro lado, espera-se que através da criação de vínculo com a equipe que forneceu o cuidado e atenção, os indivíduos reencontrem a autonomia e desvinculem-se da rua com maior facilidade do que aquele que é aguardado para atendimento nas unidades básicas de saúde, atribuindo assim ao profissional, maior atenção para compreender os fatores desencadeantes da situação clínica proveniente da moradia nas ruas. Criar vínculos com o usuário, respeitando os

direitos e a autonomia sem atribuir juízo de valor é mais um desafio para a equipe de saúde que presta serviço a essa população (BRASIL, 2012).

O conjunto de serviços de saúde destinados a atender a pessoas com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes de uso de álcool e outras drogas é denominada rede de atenção psicossocial. Descrita no âmbito do Sistema Único de Saúde, regulamentada pela portaria n 3.088/2011 essa rede objetiva reduzir os danos provocados pelo consumo de álcool e outras drogas e a promover o cuidado, qualidade de vida aos usuários e familiares (BRASIL, 2011).

Uma estratégia utilizada para o atendimento e acompanhamento da população em situação de rua é a redução de danos (RD). Devido ao consumo de drogas está relacionado à grande parte da população em situação de rua, associa-se essa condição a outras vulnerabilidades e a exposição a diversos problemas de saúde (SES, 2010).

Diante do contexto descrito acima, interrogou-se os profissionais redutores de danos e educadores em saúde que atuam diretamente com a população em situação de rua de Salvador; na instituição e nas ruas. A pergunta foi se eles acreditam na redução de danos como estratégia de promoção a saúde a população em situação de rua e as respostas foram as seguintes:

[...] Eu acredito na redução de danos. Porque ela respeita o desejo, a vontade do usuário e quando a vontade do paciente/ usuário é respeitada, a implicação dele com o tratamento, com a forma de uso da substância é muito maior, muitas vezes a redução de danos leva a abstinência, ela pode ser o caminho para outro modelo de cuidado (E2).

[...] Sim. A redução de danos contribui em todos os aspectos. Para a gente trabalhar a redução de danos, necessariamente a pessoa não precisa sair da rua ou parar de fazer uso, a gente não trabalha com abstinência. É o cuidado e educação em saúde, quando na rua ele nos aborda e diz que fumava uma cartela de cigarro e hoje fuma meia, isso é redução de danos, é um avanço. Um passo a mais para ele deixar esse uso é muito eficaz e deve continuar existindo (E2).

[...] A redução de danos não estimula o uso, estimula o auto cuidado; a ingestão de água, de alimentação, o sono, para fortalecer o organismo para receber essa substância que ele já usa a muitos anos e não vai poder simplesmente parar. É um cuidado em longo prazo, naturalmente o organismo esquece a droga ou não, vai depender de cada um, das questões emocionais, da saúde mental que interfere muito (E2).

A redução de danos consiste na estratégia da saúde pública para reduzir danos provocados pelo consumo de drogas lícitas ou ilícitas atendendo ao sujeito que não aceita ou não consegue abster-se do uso, adotando comportamentos de

risco a saúde (SES, 2010). Utilizam através do diálogo, alternativas a partir do reconhecimento do uso pelo indivíduo, sem condicionar o abandono para a realização do atendimento, buscando estratégias conjuntas, compreendendo o prejuízo do uso, porém respeitando o curso do processo de decisão que pode não ser pela abstinência total (OLIVEIRA; SAMPAIO; SALDANHA, 2015).

Gomes (2017) afirma que a redução de danos tem se mostrado eficaz nos serviços de baixa complexidade como, albergues, centro de convivência, espaços de distribuição de materiais preventivos. Esses serviços se estruturam para se apresentar mais abertos e acolhedores aos usuários por exigir menos deles do que os demais serviços. Mesmo aqueles usuários que não tem a pretensão de iniciar o tratamento, se tornar abstinente e que não possuem a documentação ou não queiram apresentar a identificação, conseguem acessar a esses serviços.

Para Gomes (2017) as ações da redução de danos se baseiam em atendimentos simples como; banho, alimentação e a possibilidade de encaminhamento demandas em outros serviços, mas que são fundamentais a essa população. Eles representam o ponto de acesso desses usuários e a rede de serviços de saúde, apresentando-se como estratégia complementar a outros serviços.

No entendimento dos entrevistados, a redução de danos atua não somente com usuários de substâncias psicoativas, apresenta aspecto amplo na vida dessas pessoas e respeita o sujeito como protagonista no cuidar de si buscando estratégias junto a ele para a sua terapêutica;

[...] Eu acredito na redução de danos. Porque ela respeita o desejo, a vontade do usuário e quando a vontade do paciente/ usuário é respeitada, a implicação dele com o tratamento, com a forma de uso da substância é muito maior, muitas vezes a redução de danos leva a abstinência, ela pode ser o caminho para outro modelo de cuidado (E2).

[...] A redução de danos trabalha não só com o físico, como também com o psicológico, as relações, as interações sociais. As vezes temos usuários que são introspectivos e com a equipe ele já fala, já expõe, isso para a saúde mental dele é importante. Temos situações de usuários que não tem vínculo com a família e ele cria esse vínculo com os profissionais. Acaba que a equipe de redução de danos, não supre, mas preenche uma falta. Pode não preencher de tudo, porque não estamos ali todos os dias com eles, mas os dias que estamos já são suficientes para eles passarem esse processo de escuta (E2).

[...] A redução de danos não estimula o uso, estimula o auto cuidado; a ingestão de água, de alimentação, o sono, para fortalecer o organismo para receber essa substância que ele já usa a

muitos anos e não vai poder simplesmente parar. É um cuidado em longo prazo, naturalmente o organismo esquece a droga ou não, vai depender de cada um, das questões emocionais, da saúde mental que interfere muito (E2).

Após a observação realizada no período da pesquisa e as respostas dos profissionais a cerca do atendimento com a população em situação de rua foi possível realizar uma síntese de como a redução de danos atua na instituição participante da pesquisa;

O atendimento ocorre em duas formas; nas dependências da instituição e em campo, nas ruas, nas cenas de uso. Na instituição eles explicam que ocorrem as oficinas terapêuticas de dança, arte, meditação, culinária. Dessa forma, o momento que o usuário está fazendo parte das atividades, eles se esquecem do uso de substâncias psicoativas. Comentam que os usuários enquanto estiverem no processo de uso ativo, ele não pode acessar os serviços, mas uma vez ele acessando no momento em que ele não está em uso, ele é acolhido conforme todas as diretrizes do SUS.

O primeiro contato ocorre o acolhimento, o olhar atento e escuta ativa, trabalhando com muito cuidado com a questão da permanência do indivíduo e criação do vínculo. Relatam que muitos deles comparecem ao serviço sem tomar banho, mesmo sem estarem em uso de substâncias psicoativas, devido a condição de rua, porém esse fator não é impeditivo de atendimento. A maioria dos usuários, os profissionais sabem o nome e estabelecem uma relação com a equipe.

Outro profissional esclarece como ocorre o atendimento nas ruas; inicialmente eles chegam ao local planejado, dependendo do contexto da localidade. Eles se apresentam aos novos usuários (ainda não atendidos pela equipe) ou se houverem novos profissionais são apresentados a eles.

Acontece de novos usuários do serviço querem algo em troca, então a equipe fornece água e nesse momento já busca conhecer a pessoa, suas necessidades buscando informações a respeito da saúde, a necessidade de fazer um documento, de atendimento médico, faz avaliações para analisar a presença de feridas, esclarece dúvidas sobre doenças sexualmente transmissíveis ou suspeitas e realiza os encaminhamentos necessários.

Em alguns casos, os indivíduos seguem com a equipe até unidade básica de saúde para prontamente realizar testes rápidos em caso de suspeitas e realizarem o tratamento ou em casos de atendimentos de urgência identificados pela equipe. A

equipe atua com orientação em saúde e prevenção de agravos. Realizam aferição de pressão arterial e verificação de glicemia capilar.

Finalizando a entrevista, os profissionais fizeram relatos da observação realizada por eles quanto à situação de saúde da população em situação de rua após o atendimento realizado pelas unidades de saúde e o retorno a situação de rua;

[...] Principalmente a gente que é da enfermagem. A gente vê que muitas vezes o usuário está com Tuberculose, a gente precisa tirar ele da rua para poder realizar um tratamento eficaz, efetivo, então se a gente atende ele na rua e na dá a questão do abrigamento, a gente não consegue fazer esse tratamento eficaz. Embora a gente tenha que respeitar esse desejo dele de estar na rua, pelo menos nesse momento tentar negociar com ele para que ele não esteja na rua. E aí a gente precisa do funcionamento e de dialogar com a rede SUAS (Rede Assistência Social) para questão de abrigamento e acolhimento dele (E2).

[...] Porém existem casos de usuários que continuam a viver na rua, mas ele teve avanços no cuidado maior à saúde dele. Na vestimenta, no cuidado com a alimentação. Para ele, um local fechado, não é uma referência para ele. A rua se tornou referência para ele, sem deixar de cuidar da saúde.

[...] Geralmente as doenças retornam e o uso também. Já tiveram casos que a gente fez orientação encaminhou e só foram no dia depois abandonaram. Vão para o primeiro atendimento e esquecem (E2).

[...] Com certeza, tem muitos casos de usuários que tiveram Tuberculose, foram atendidos, fizeram tratamento, mas quando voltaram para aquela situação de rua, não dá tempo de se recuperar completamente, a doença retorna, com mais força. Muitos deles vão a óbito porque da segunda vez o corpo já está mais debilitado. Então essa reinserção dele às ruas, após a saída do hospital, após tratamento, é o problema (E2).

Diante das falas dos profissionais, foi possível identificar que a reexposição a situação de rua apresenta-se como agravo às condições patológicas dos indivíduos, os tornando propensos as recidivas das doenças. Uma das participantes cita a Tuberculose como uma das patologias mais frequentes na população em situação em situação de rua.

Para Silva *et al.*,(2017) caracterizam-se recidivas como a persistência do bacilo em pacientes já curados que pode ocasionar a reinfecção (exógena) ou a reativação, para o caso das recidivas endógenas.

O processo das recidivas ocorre quando o bacilo encontra condições favoráveis como a diminuição da imunidade, provocada por situações como; Aids, alcoolismo, desnutrição, dentre outros que dificulta a sua destruição e ativa seu metabolismo, voltando a se multiplicar. As recidivas exógenas associam-se a locais de grandes incidências de determinada patologia e envolvem a precariedade das condições sociais, expondo-os a novas infecções. Já o reingresso após abandono, acontece quando o paciente retorna ao tratamento, após ausentar-se por mais de trinta dias, após a data do agendamento da equipe de saúde (SILVA *et al.*,2017).

Silva *et al.*, (2017) discorrem que o abandono ao tratamento ou em situações que o tratamento não é realizado de forma adequada, o paciente continua sendo fonte da infecção, se tornando um grande problema de saúde pública, pois as chances do agravamento da doença se tornam maiores, o risco da mortalidade cresce , ocorre o desenvolvimento de bacilos resistentes aos fármacos mantendo a cadeia de transmissão. Assim, o Sistema Único de Saúde vai demandar maior custo por internação devido às doenças infecciosas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desafio em explanar as condições de saúde e vulnerabilidades sociais vivenciadas pela população em situação de rua perpassa a dimensão de uma pesquisa. Diante da heterogeneidade desse grupo social e os diferentes modos de ser que possuem, conhecer esse grupo social requer estudos mais atualizados envolvendo essa população, já que os artigos existentes, englobam os mesmos materiais bibliográficos e manuais do ministério da saúde, destacando a limitação no interesse da gestão pública em investir em novos estudos referentes a população em situação de rua.

O estudo verificou que o espaço das ruas não favorece a continuidade do cuidado e a integralidade da assistência, além de observar que a população em situação de rua enfrenta barreiras de acesso aos serviços de saúde, falta de humanização e acolhimento pelos profissionais de saúde.

Os resultados encontrados podem contribuir para um atendimento profissional humanizado e que de fato respeite o direito do sujeito assegurado pela Constituição Federal conforme diretrizes do Sistema Único de Saúde, além de contribuir com a saúde desse grupo populacional.

É possível verificar que as condições do ambiente físico e a reexposição às ruas interferem na promoção da saúde, no processo de cuidado e recuperação a saúde da população estudada, uma vez que a doença tende a prosperar em condições de pobre, degradação do ambiente, instabilidade política e situações socioeconômicas fragilizadas.

Atrelado à exposição a situações constantes de vulnerabilidades, essa população se torna susceptíveis a presenta de infecções com microrganismos mais resistentes e prejudiciais ao organismo, ao retratamento de doença infecciosas podendo leva-los á óbito. Esse processo torna a população ainda mais dependente das ações de saúde, dificulta o resgate da condição de sujeito e limita a possibilidade de reintegração do indivíduo a sociedade civil.

Acredita-se que os prestadores de serviços de saúde são o elo entre a população em situação de rua e a gestão pública. Para que esse vínculo se estabeleça, as políticas públicas e a promoção à saúde sejam eficazes, essa relação precisa ser efetiva a fim de promover a eficácia dos serviços de saúde.

Surgem assim junto a pesquisa questionamentos a serem sugeridos em pesquisas posteriores a fim de apresentar outras abordagens metodológicas realizando um comparativo entre as práticas em saúde adotadas que melhor atendem as necessidades dessa população em questão e abordem uma discussão sobre as novas perspectivas da saúde pública para atender a população em situação de rua.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Maria Magalhães; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 28, n. 1, p.115-124, jan.2012. FapUNIFESP(SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2012000100012>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000100012>. Acesso em: 06 maio 2018.

AYRES, J. R. C. M. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 16-29. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf>> Acesso em: 19.maio.2019
BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. **Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua**. Brasília, 2008. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/simulacao/sum_executivo/pdf/sumario_24.pdf> Acesso em: 18 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria nacional de assistência à saúde. **ABC do SUS - Doutrinas e princípios**. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>. Acesso em: 20 maio 2019.

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, 2012c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf> Acesso em: 17.maio.2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília- DF, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 25 maio 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Saúde da população em situação de rua: Um direito humano**. Brasília-DF, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf> Acesso em: 05 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimentos ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Portaria nº 3.088 (25, dezembro, 2011). *Diário Oficial da União*, 52(251), 381, Brasília-DF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em : 25 de maio de 2019.

CARNEIRO JUNIOR, N. et al. **Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate**. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 47-62,

ago./dez.1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v7n2/05.pdf>>
Acesso em: 19 maio 2019.

CARNEIRO JUNIOR, N. et al. **A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos.** Saúde Soc., São Paulo, v. 19, n. 3, p. 709-716, 2010. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/29683/31555> > Acesso em: 19 maio 2019.

COSTA, A. P. M. População em situação de rua: contextualização e caracterização. **Revista Virtual Textos e contextos**, n. 4, dez. 2005. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/fass/article/view/993/773>>. Acesso em: 19 maio 2019.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MEHRY, E. E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim.** Cad. Saúde pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 375-353, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v15n2/0319.pdf>> Acesso em: 19 maio 2019.

GERHARDT, T. E. A pesquisa científica. In: SIVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa.** Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002. Cap. 2, p. (31)-(42) Disponível em:<<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 29 março 2019.

GHIRARDI, M.I.G; LOPES, S.R; BARROS, D.D; GALVANI, D. **Vida na rua e cooperativismo: transitando pela produção de valores.** Interface (Botucatu) [periódico na internet] 2005 Set-Dez. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a14v9n18.pdf> . Acesso em: 18 de maio de 2019.

GOMES, B.R. Pequena trajetória das práticas de redução de danos e suas possibilidades no Brasil. In: Figueiredo, R; Feffermann M; Adorno, R(Org.). **Drogas & Sociedade Contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo.** São Paulo, cap 4. 2017. 358 p. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/drogas_sociedade_perspectivas_livro_completo.pdf>. Acesso em: 25 maio 2019.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Estimativa da população em Situação de Rua.** Texto para discussão. Brasília: IPEA, 2016. Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td_2246.pdf> Acesso em: 25 de maio de 2019.

KLAUMANN, A. R. **Moradores de rua – Um enfoque Histórico e Socioassistencial da população em situação de rua no Brasil:** A realidade do Centro Pop de Rio do Sul/SC. 16 f. Monografia (Especialização) - Curso de Educação, Unidavi - Campus de Itaporanga, Rio Grande do Sul-sc, 2013. Disponível em: <<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Alexandre-da-Rocha-Klaumann.pdf>>. Acesso em: 18 maio. 2019

KUNZ, G. S; HECKERT, A. L; CARVALHO, S. V. Modos de vida da população em situação de rua: inventando táticas nas ruas de Vitória/ES. **Fractal: Revista de Psicologia** [s.l.], v. 26, n. 3, p.919-942, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO).

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198402922014000300919&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 18 maio 2019

LOPES, M. L. **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno População em Situação de Rua no Brasil** (Tese de Mestrado) - 1995 a 2005. Brasília, 2006.

Disponível em:<http://www.repositorio.unb.br/bitstream/10482/1763/1/2006_Maria%20Lucia%20Lopes%20da%20Silva.pdf>. Acesso em: 18 maio. 2019.

MINAYO, M.C. S. et al., (Org.). **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. Disponível em:

<<https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE (Brasil). Saúde (Ed.). **Centro de Convivência Irmã Dulce dos Pobres**. __ Disponível em:

<<https://www.irmadulce.org.br/portugues/saude/centro-e-unidade/centro-de-convivencia-irma-dulce-dos-pobres>>. Acesso em: 29 março de 2019.

OLIVEIRA, R; SAMPAIO, S. S.; SALDANHA, W. S. (Org.). Redução de danos no atendimento a sujeitos em situação de rua. **Argumentum**, Vitória-es, v. 7, n. 2, p.221-234, 2015. Disponível em:

<<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/10440>>. Acesso em: 20 maio 2019.

PAIVA, I. K. S. et al. **Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática**. 2016. 12 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, 2016. Cap. 21. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/1413-8123-csc-21-08-2595.pdf>>. Acesso em: maio abr. 2019.

PEREIRA, T. T. S. O; AUGUSTO, M. C. N. A; BARROS, M. N. S. **O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco**, 2011.

Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v9n17/02.pdf>> Acesso em: 19 maio de 2019

ROSA, A.S; CAVICCHIOL, M. G. S; BRÊTAS, A. C. P. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, p.576-582, 2005 [periódico na internet]. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a17.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2018.

ROSEANTOCK; K.I.V, NEVES; M.J. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de droga em João Pessoa, PB, Brasil. **Rev**

Bras Enferm 2010; 63:581-6[periódico na internet]. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/13.pdf> Acesso em: 22 de Maio de 2019.

SANTA CATARINA (2010). ABC: redução de danos. Florianópolis: SES. Disponível em:<http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/livros_artigos/ABC_Reduc%u00e3o_de_Danos_2010.pdf> Acesso em : 25.05.2019

SILVA, C. C; CRUZ, M. M.; VARGAS, Eliane Portes. **Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 39, p.246-256, dez. 2015. N. Especial. Disponível em:
<[file:///C:/Users/Rita/Downloads/Tcc1 Paty/0103-1104-sdeb-39-spe-00246.pdf](file:///C:/Users/Rita/Downloads/Tcc1%20Paty/0103-1104-sdeb-39-spe-00246.pdf)>. Acesso em: 19 maio 2019.

SILVA, T.C; MATSUOKA, P. F. S; AQUINO, D. M. C; CALDAS, A. J. M. Fatores associados ao retratamento da tuberculose nos municípios prioritários do Maranhão, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [periódico online]. 2017, vol.22, n.12, pp.4095-4104. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232017021204095&lng=pt&nrm=iso. Acesso em:23 de maio de 2019.

SOTERO, M. Vulnerabilidade e vulneração: população de rua uma questão ética. **Rev. Bioética**, 2011;19(3): 799-817 [periódico na internet]. Disponível em:<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/677> Acesso em:18 de maio de 2019.

TILIO, Rafael de; OLIVEIRA, Juliana de. **Cuidados e atenção em saúde da população em situação de rua**. 21 v, p.101-113, 2014. Monografia (Especialização) - Curso de Psicologia, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, UberabaMG, Brasil.,2016. Disponível em:<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/27142>>. Acesso em: 19 mai0 2019.

Varanda, W. ; Adorno, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e sociedade**. 2004, vol.13, n.1. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902004000100007&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 018 maio 2019.

ANEXOS

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SALVADOR - UCSAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: População em situação de Rua: Saúde e Vulnerabilidade Social

Pesquisador: MERCIA VIEIRA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 07766819.5.0000.5628

Instituição Proponente: ASSOCIACAO UNIVERSITARIA E CULTURAL DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.274.904

Apresentação do Projeto:

A população em situação de rua enfrenta no seu cotidiano extremas condições de saúde e vulnerabilidade social. O número de pessoas que vive nas ruas no Brasil é muito grande e destaca a gravidade das questões sociais. Exclusão, preconceito e marginalização são termos que acompanham a rotina dessa população que presencia o distanciamento do acesso aos seus direitos sociais e constitucionais, bem como a indiferença da sociedade. Viver nas ruas configura-se como causa ou consequência de problemas de saúde, podendo desencadear outros diante da exposição a riscos de doenças diariamente (BRASIL, 2014). A autora propõe uma pesquisa qualitativa, a ser realizada em um Centro de Convivência na cidade de Salvador, e nas proximidades da instituição no mês de abril. A coleta de dados será realizada com 30 participantes; os profissionais de saúde atuantes na instituição, moradores em situação de rua usuários do serviço e a população em situação de rua não usuária do serviço que se abriga na área de abrangência à instituição.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

•Conhecer as condições de saúde e vulnerabilidades sociais vivenciadas pela população em situação de rua.

Objetivos específicos

Endereço: PROFESSOR PINTO DE AGUIAR - 2589

Bairro: PITUACU

CEP: 41.740-090

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3203-8913

Fax: (71)3203-8975

E-mail: cep@ucsal.br

Continuação do Parecer: 3.274.904

- Compreender o contexto social que conduz essa população à situação de rua.
- Relatar o perfil de saúde e as vulnerabilidades vivenciadas por essa população.
- Discutir as limitações e as estratégias na promoção e recuperação à saúde da população em situação de rua.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos citados pela autora referem-se a "insegurança do entrevistado quanto à exposição do nome e medo de se prejudicar devido às informações prestadas, assim como a quebra de sigilo, desconforto, cansaço ao responderem as perguntas; contudo, o sigilo da pesquisa é de total garantia, além disso, a aplicação do roteiro de entrevista será abordada de forma cuidadosa, visando minimizar ao máximo a ocorrência de riscos. Será utilizada a linguagem clara e acessível que respeite a cultura e condição socioeconômica, assegurando a confidencialidade e o sigilo do nome do entrevistado através do uso de pseudônimo, além do acolhimento, empatia e clareza na orientação sobre a pesquisa. Caso ocorra o desconforto, o pesquisador poderá dar como encerrada a aplicação da entrevista, propondo continuar em outro momento, se assim desejar".

"Os benefícios que o estudo poderá trazer se sobressaem, visto que, os resultados da pesquisa proporcionará unir esforços com outros estudos sobre essa temática, conscientizar a sociedade civil e prestadores de serviços de saúde quanto à importância do acolhimento, a fim de devolver a condição de visibilidade social para reintegrá-los a vida em comunidade podendo frequentar os mesmos ambientes sem sofrerem preconceito e exigir das autoridades competentes posturas efetivas e políticas públicas que respeitem as particularidades dessa população, que busquem alternativas permanentes e específicas na prevenção promoção e recuperação a saúde reconhecendo as potencialidades e a capacidade produtiva dessa população".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de relevância social, que apresenta objetivos bem definidos, contextualização do problema bem fundamentada, atualizada e pertinente ao tema proposto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos pertinentes à pesquisa, em conformidade com a Resolução 466/12: folha de rosto; Anuência da instituição; orçamento; cronograma e instrumento de pesquisa. No TCLE foram apresentadas todas as informações essenciais, inclusive a solicitação para utilização do aparelho gravador de áudio ou aparelho celular, se consentido pelos sujeitos da pesquisa, e garantido que o áudio será excluído de forma segura, em sequência a transcrição das

Endereço: PROFESSOR PINTO DE AGUIAR - 2589
Bairro: PITUACU **CEP:** 41.740-090
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3203-8913 **Fax:** (71)3203-8975 **E-mail:** cep@ucsal.br

Continuação do Parecer: 3.274.904

falas do entrevistado.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em concordância com o parecer do relator, fica deliberado que o projeto está aprovado considerando que a pesquisadora cumpriu com as recomendações e as pendências do parecer anterior.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1280371.pdf	08/04/2019 16:10:55		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC_PATRICIA.docx	08/04/2019 16:10:28	MERCIA VIEIRA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	08/04/2019 16:10:07	MERCIA VIEIRA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	27/03/2019 14:58:56	MERCIA VIEIRA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO_PATRICIA.docx	12/02/2019 15:54:16	MERCIA VIEIRA SILVA	Aceito
Outros	Cartaanuencia.jpg	12/02/2019 15:51:54	MERCIA VIEIRA SILVA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	14/01/2019 14:46:26	MERCIA VIEIRA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: PROFESSOR PINTO DE AGUIAR - 2589
 Bairro: PITUACU CEP: 41.740-090
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3203-8913 Fax: (71)3203-8975 E-mail: cep@ucsal.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SALVADOR - UCSAL



Continuação do Parecer: 3.274.904

SALVADOR, 22 de Abril de 2019

Assinado por:
ANDERSON ABBEUSEN FREIRE DE CARVALHO
(Coordenador(a))

Endereço: PROFESSOR PINTO DE AGUIAR - 2589
Bairro: PITUACU **CEP:** 41.740-090
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3203-8913 **Fax:** (71)3203-8975 **E-mail:** cep@ucsal.br

PATRÍCIA RAMOS DE JESUS

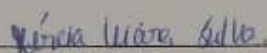
POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: Saúde e Vulnerabilidade Social

Artigo científico apresentado à disciplina de TCC II do curso de enfermagem da Universidade Católica do Salvador, como parte dos requisitos para aquisição do título de bacharel em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Saúde Pública.

DATA DA APROVAÇÃO:

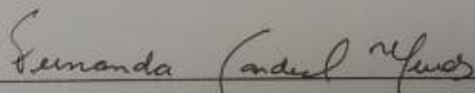
04 / 06 / 2019



Profª Mércia Vieira Silva

Universidade Católica do Salvador

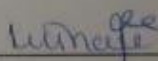
Orientadora



Profª Fernanda Cardeal Mendes

Universidade Católica do Salvador

Avaliadora



Lília Oliveira de Araújo

Centro de Convivência Irmã Dulce dos Pobres

Supervisora de estágio

Avaliadora

Salvador, BA

2019.1