

O morador de rua no registro hospitalar: os dados da pesquisa

O hospital em que realizamos esta pesquisa não possui um funcionamento organizado em relação ao acolhimento dos pacientes, na porta de entrada. Não existe a classificação de risco enquanto metodologia operacional e, como em diversos outros hospitais do país, a triagem é feita por recepcionistas, que elaboram os boletins e determinam a especialidade e seu encaminhamento a partir da queixa do usuário.

A relação entre paciente e recepcionista é protegida por um vidro com vazamento para permitir a comunicação. A rigor, esta “proteção” termina frequentemente por dificultar ou mesmo interceptar a comunicação face ao ruído reinante e às dificuldades de expressão muitas vezes apresentadas pelos pacientes. Assim, o chamado acolhimento do paciente limita-se a uma relação breve e superficial.

O hospital em questão funciona de portas abertas 24 horas por dia e atende desde os casos de baixa complexidade aos mais graves. A procura é grande, o alcance do hospital supera sua área de abrangência territorial, no caso, a Zona Sul do município. Ele também possui um atendimento ambulatorial, que atende as demandas espontâneas, com marcação e consultas diárias, o que o diferencia dos demais hospitais de emergência da rede municipal.

Na instituição em que esta pesquisa foi realizada ainda não há um sistema informatizado para gerenciar a informação. O boletim de atendimento, a lista de pacientes internados, o controle de alta e transferência do hospital, o prontuário, entre outros registros, são feitos manualmente. A falta de um sistema gerenciador de informações implica em fragmentação dos dados, demora para localizar e acessar registros, desconhecimento do histórico do paciente que procura a instituição, entre outras consequências.

As informações concernentes aos pacientes deveriam ser registradas em prontuário, documento este que contém toda a história pregressa relacionada ao

tratamento realizado por um profissional de saúde ou por uma equipe multidisciplinar.

O prontuário médico⁹ tem como principais funções: registrar a evolução do paciente; resguardar ambas as partes (profissional e paciente) em casos em que a intervenção for questionada juridicamente; servir como fonte de pesquisa. O dever de guarda deste prontuário cabe à instituição de saúde, ficando disponível ao paciente quando requerido¹⁰.

Cabe observar que o acesso à informação de qualidade é um direito do paciente. O manejo da informação pode ser considerado uma dimensão estratégica da gestão, como preconiza o ideário do SUS.- Sistema Único de Saúde “A gestão da informação está em conformidade com os novos paradigmas do SUS, que fortalecem a informação para construir um sistema de saúde pautado nos princípios da integralidade, descentralização e informação” (Gauderer,1999).

Os registros referentes ao morador de rua são, de modo geral, fragmentados, incompletos e inconsistentes. Quando se trata de uma alta, é comum esta conduta não estar explicitada em seu boletim de atendimento ou aparecer de forma a gerar dúvida. Assim, são recorrentes expressões como “liberado pela ortopedia”, “liberado pela neurocirurgia”, o que não quer dizer exatamente que o paciente esteja *de alta*.

Pelo fato de o morador de rua dificilmente possuir um prontuário, a cada vez que recorre ao hospital é gerado um novo boletim de atendimento (BAM), o que prejudica o conhecimento do histórico desse paciente. Vale notar que a evolução de seu atendimento é realizada em uma folha de evolução contínua, usada por todos os profissionais que o atenderem.

Em relação à área social, a qualidade do registro de informações geradas pela intervenção do assistente social é igualmente uma reflexão sobre parâmetros éticos e políticos. A qualidade dos registros deve se inserir em uma discussão mais ampla, para que a sistematização das informações e dados de fato auxilie no estabelecimento de uma leitura mais clara da realidade. Isto significa superar a pura execução de tarefas e estabelecer outras que apontem para um maior

⁹ Compõem um prontuário médico: a folha de rosto, prognóstico, diagnóstico, exames físicos e complementares, relatórios médicos e paramédicos, prescrição até a data da alta médica (resolução nº 1472/97 do CFM – Conselho Federal de Medicina).

¹⁰ Assim dispõem os artigos 69, 70 e 08 do Código de ética médica sob a Resolução nº 1331/89 do CFM.

conhecimento dos usuários, novos modos de serviços e criação de redes sociais e políticas.

O trabalho do assistente social no campo da saúde está inserido em uma perspectiva interdisciplinar; porém, sua proximidade com diversas expressões da questão social proporciona um acesso privilegiado de dados sobre a realidade, o que permitiria um contorno mais definido e identificável à ação profissional. Entretanto, a ação profissional quando se torna um contínuo baseado somente nas ações leva a uma subordinação a práticas burocratizadas, imobilizadoras e repetitivas.

O caráter institucional, sem dúvida nenhuma, impõe limites à ação profissional como, por exemplo, o tipo de demandas, o objetivo institucional e ainda os resultados esperados. Mas esta é uma relação dialética, sujeita à alteração de acordo com o movimento dos sujeitos envolvidos. A articulação destas relações implica conhecer os processos de exclusão social em saúde, as desigualdades no acesso aos serviços, além das respostas que vêm sendo dadas às mesmas.

Como "perder tempo" com levantamentos de dados, sistematizações, questionamentos e debates no cotidiano de uma emergência, em situações em que o tempo muitas vezes delimita a fronteira entre vida e morte? Inscrever essas exigências no planejamento cotidiano é, portanto, um desafio colocado ao assistente social.

No âmbito desta abordagem sobre a qualidade dos registros institucionais cabe ressaltar que, mesmo tendo lacunas e deficiências, os dados do setor de Serviço Social constituem ainda uma das fontes dotadas de um maior número de informações concernentes aos pacientes em situação de rua.

No hospital onde foi realizada esta pesquisa, o Serviço Social utiliza, como ferramenta para registro dos casos atendidos, um livro de ocorrência, no qual são feitas as anotações de forma contínua, seguindo a ordem cronológica de todos os atendimentos realizados no plantão diário. Anotações que são de manuseio apenas do Setor de Serviço Social.

Este método de registro apresenta dificuldades em vários níveis. Em primeiro lugar, o registro é dividido pelos plantões e, neste caso, o atendimento e registro dos “casos sociais” são realizados de acordo com o critério do profissional responsável pelo expediente. Em segundo lugar, a qualidade deste

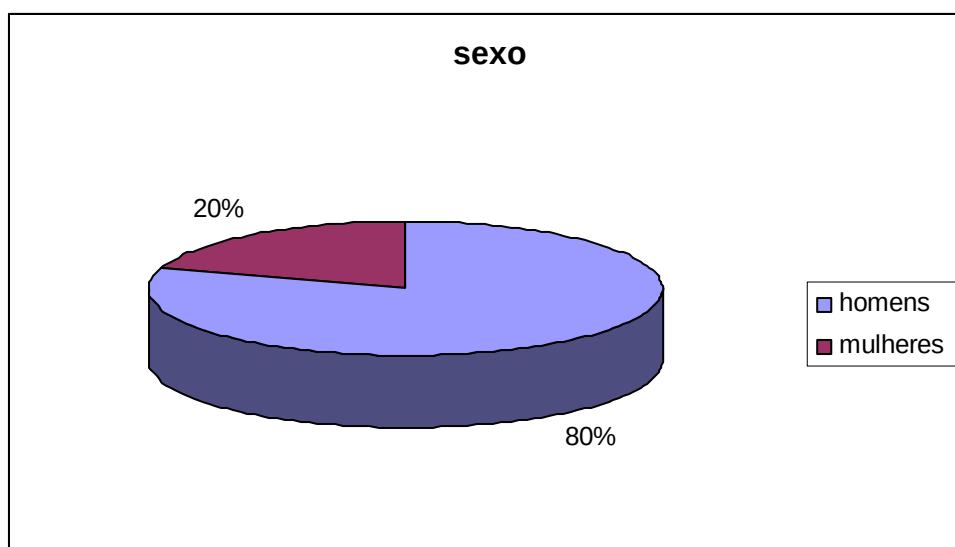
registro não ocorre de forma mais ou menos uniforme. Isso quer dizer que cada profissional poderá registrar ou omitir a informação que achar procedente. Finalmente, ressalta-se a fragmentação de informações em relação ao usuário, cujas reinternações terão seus registros espalhados por vários livros de ocorrência. Dessa forma, os dados sobre este segmento, na instituição, continuam sujeitos a uma grande fragmentação de informações, dificultando traçar um perfil do usuário.

A elaboração de projetos de ação é uma ferramenta que auxilia a atuação mais consistente e não apenas pontual, “solta” e imediata. Pautando-se nas situações reais de existência, pode-se identificar os pontos de estrangulamento, como dificuldade de acesso, capacidade de atenção e demandas prevalentes não atendidas que acentuam as situações de risco.

Os resultados apresentados a seguir refletem um pouco desta realidade institucional, a partir de parâmetros de análise que caracterizam basicamente a existência ou não do registro sobre determinadas situações concernentes ao morador de rua dentro da unidade hospitalar, bem como de sua situação de saúde e social.

Estes dados foram obtidos a partir do exame de documentos institucionais, (boletim de atendimento médico e prontuários) além dos “livros de ocorrência” e sumários sociais. O total de moradores de rua levantado nesta pesquisa foi de 138 usuários, no período de março de 2006 a agosto de 2007.

Neste levantamento, o único dado em que se pode precisar exatamente o quantitativo foi o sexo dos pacientes atendidos, posto que 100% dos registros continham esta informação.



Fonte: Nogueira, F. da G. P. Pesquisa de Campo: março /2006 - agosto/2007.

Gráfico 1: Classificação por sexo

Por estes dados, verifica-se algo também identificado nas diferentes pesquisas acerca da população de rua: a predominância masculina.

Com relação a outros tipos de registro, tais como: motivo dos atendimentos, datas de admissão, alta e saída (que informam o tempo e a permanência do paciente no hospital) e destino do paciente (transferência de unidade hospitalar, abrigo, evasão ou óbito), verificou-se grande irregularidade, ausência e fragmentação das informações, conforme demonstra a tabela abaixo:

Tabela 2: Resultado da pesquisa documental

Tipo de informação	Com informação	%	Sem informação	%
Motivo do atendimento	61	44	77 usuários	56
Registro com data de alta	64	46	74 usuários	54
Registro com data de saída	60	41	78 usuários	59
Destino do paciente após alta	28	20	110 usuários	80
Identificação por nº. de BAM ou Prontuário	20	86	118 usuários	14

Fonte: Nogueira, F. da G. P. Pesquisa de Campo: março /2006 - agosto/2007.

Como pode ser observado, todas as informações relativas a esses pacientes tiveram acima de 54% de ausência de informações, o que indica um radical sub-registro de dados, o que dificulta a análise relativa aos mesmos.

Obviamente as maiores faltas de informações, nas quais a ausência de registro é absolutamente dominante, dizem respeito ao momento da alta ou saída do usuário/paciente da Unidade Hospitalar. De um modo geral, estes dados revelam a incerteza da vida destes pacientes e sua invisibilidade na passagem institucional: são “pacientes que evaporam”.

4.1

Em busca de uma caracterização dos moradores de rua hospitalizados

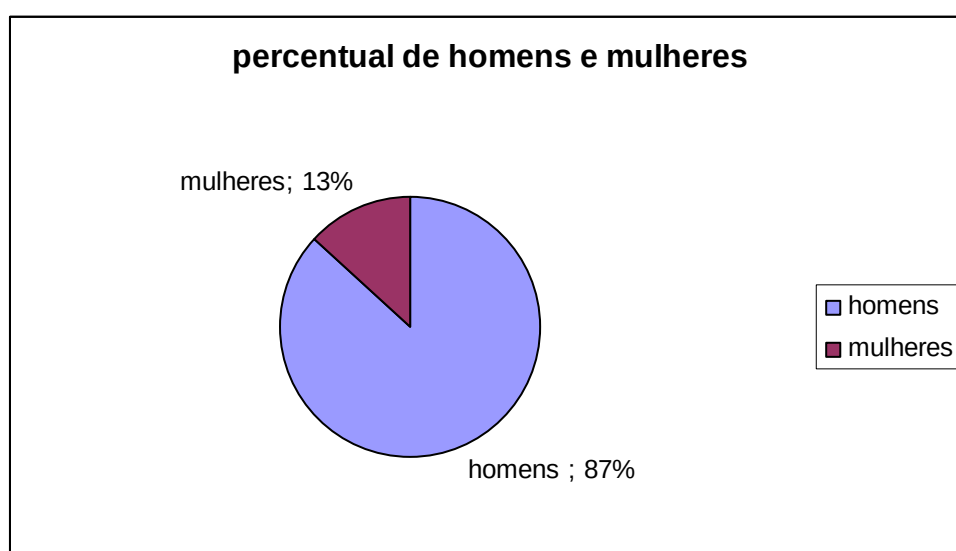
Ainda hoje os moradores de rua não figuram como alvo de políticas públicas mais abrangentes. As ações em torno da assistência a este segmento soam de um modo geral, ainda pontuais e fragmentadas, a começar pelo próprio dimensionamento desta população

Segundo Ferreira (2005), foi no final da década de 1990 que algumas cidades do país deram início a pesquisas de caráter censitário, permitindo assim a elaboração de conceitos e metodologias que auxiliariam políticas públicas para a população de rua. Porém, estas pesquisas, por terem conceitos e metodologias particulares, dificultam a análise comparativa dos resultados obtidos em cada município; no entanto, estima-se que entre os anos de 1998 e 2005, somente em 5 capitais no Brasil, já havia 14.109 pessoas em situação de rua.

No ano de 2004, o Governo Federal, através do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), inseriu em seu planejamento o interesse em desenvolver políticas públicas direcionadas à população de rua. Segundo Ferreira (2005), participaram os municípios de Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Recife além da Igreja Católica e entidades não-governamentais, ocasião em que foi discutida, inclusive, a sua definição, enquanto “Grupo populacional heterogêneo constituído por pessoas que possuem em comum a garantia da sobrevivência por meio de atividades produtivas desenvolvidas nas ruas; os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a não referência de moradia regular”.(FERREIRA, apud MDS, 2004: 3).

Ainda assim, em recente pesquisa do IBGE voltada para a economia informal urbana, por questões técnico- operacionais, os moradores de rua foram excluídos, apesar do reconhecimento do crescimento da população em questão. A ausência de registro em relação à população de rua se estende às demais instituições, pela ausência, fragmentação ou subutilização destes dados.

Os dados apresentados abaixo foram obtidos através de pesquisa de campo realizada em hospital de emergência da zona sul do município do Rio de Janeiro, com base na análise das fichas de acompanhamento social de 53 moradores de rua atendidos no período analisado, entre setembro de 2007 e maio de 2008. O objetivo principal foi traçar um perfil dos moradores atendidos, suprimindo de alguma forma as grandes lacunas identificadas nos dados obtidos no campo, no período de março de 2006 a agosto de 2007.



Fonte: Nogueira, F. da G. P. Pesquisa de Campo: Setembro/2007 - Maio/2008.

Gráfico 2: Classificação por sexo – B

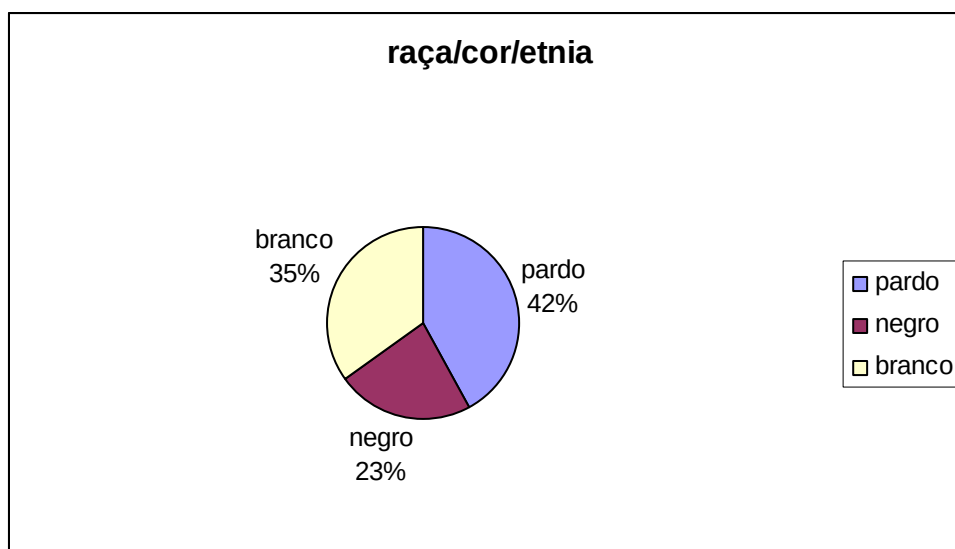
Aqui, como foi observado anteriormente, a hegemonia dos homens é ainda maior. Na verdade, ainda que hoje já esteja sendo apontado o aumento de mulheres (e crianças) nas ruas, os dados ainda indicam a predominância dos homens.

Quanto à realidade da mulher em situação de rua, a principal característica é o abandono de seus parceiros e a separação dos filhos. Além disso, as situações em que frequentemente procuram atendimento estão relacionadas principalmente

ao consumo de drogas, gravidez, doenças ginecológicas e HIV, consideradas principais razões de internação.

As mulheres que permaneceram por maior tempo no hospital após alta, em sua maioria, eram senhoras idosas que (após adoecimento) perderam sua rede de proteção (geralmente viviam de “favor” em casa de amigos e já não possuíam familiares). Este dado revela como o fato da “perda da saúde” funciona como uma das causalidades da igual perda da rede de proteção, e consequentemente, a passagem para uma condição de “sem-teto”. Apesar de não terem a experiência da vivência nas ruas, vivenciam a angústia de não terem para onde ir. No conjunto de mulheres pesquisadas com esta problemática, todas vieram a óbito após uma longa espera por uma vaga em casas de apoio ou abrigo.

No caso dos homens, há uma prevalência com relação às morbidades advindas do consumo de álcool e drogas e da violência urbana (atropelamentos, brigas, agressões).



Fonte: Nogueira, F. da G. P. Pesquisa de Campo: Setembro/2007 - Maio/2008.

Gráfico 3: Distribuição por raça /cor /etnia

O pertencimento racial tem importância significativa na estruturação das desigualdades sociais e econômicas no Brasil. A intensa desigualdade racial brasileira, associada a formas usualmente sutis de discriminação racial, correlacionam-se na composição deste quadro.

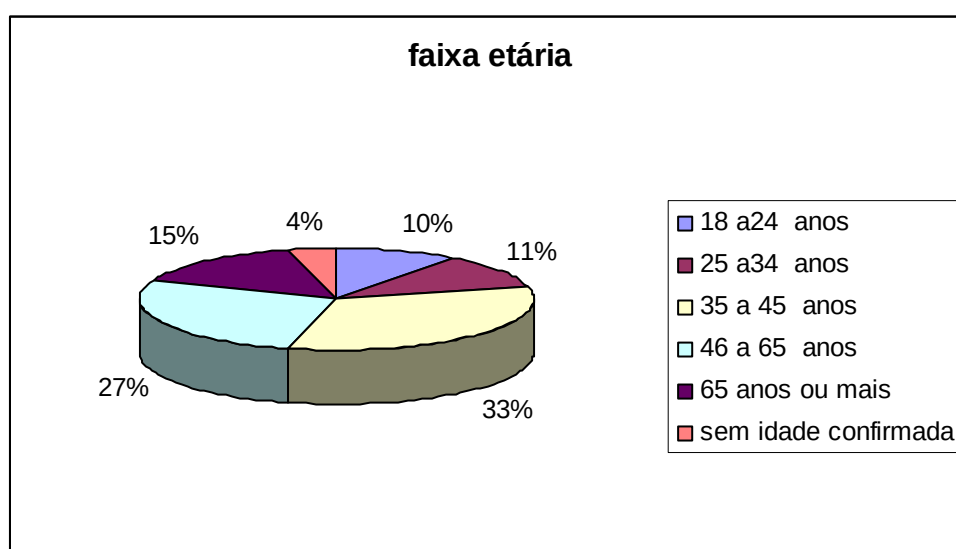
A permanência deste padrão de desigualdade entre negros e brancos encontra-se igualmente explicitada no trabalho realizado por Ricardo Henriques,

em que o autor analisa, a partir de dados obtidos da PNAD que, em 1999, cerca de 34% da população brasileira vivia em famílias com renda inferior à linha de pobreza, e 14% em famílias com renda inferior à linha de indigência, ou em números absolutos cerca de 53 milhões de pobres e 22 milhões de indigentes.

“Os negros em 1999 representavam 45% da população brasileira, mas correspondem a 64% da população pobre e 69% da população indigente. Os brancos, por sua vez, são 54% da população total, mas somente 36% dos pobres e 31% dos indigentes. Ocorre que, dos 53 milhões de brasileiros pobres, 19 milhões são brancos, 30,1 milhões pardos e 3,6 milhões, pretos. Entre os 22 milhões de indigentes temos 6,8 milhões brancos, 13,6 milhões pardos e 1,5 milhão”. (Henriques, 2001).

A análise dos dados referentes à desigualdade social brasileira, a partir do componente racial explícita que, o negro no Brasil vem acumulando uma série de desvantagens em áreas como, educação, emprego, renda, ocupação territorial e moradia, infraestrutura urbana, entre outros indicadores sociais. A questão relativa aos moradores de rua, portanto, é fortemente atravessada pelo componente racial.

Pesquisa encomendada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) para traçar o perfil dos moradores de rua em âmbito nacional, revelou que, quanto à raça, 39,1% se declararam pardos, 29,5% se disseram brancos e 27,9% se identificaram como negros. (Instituto Pereira Sales, 2006).

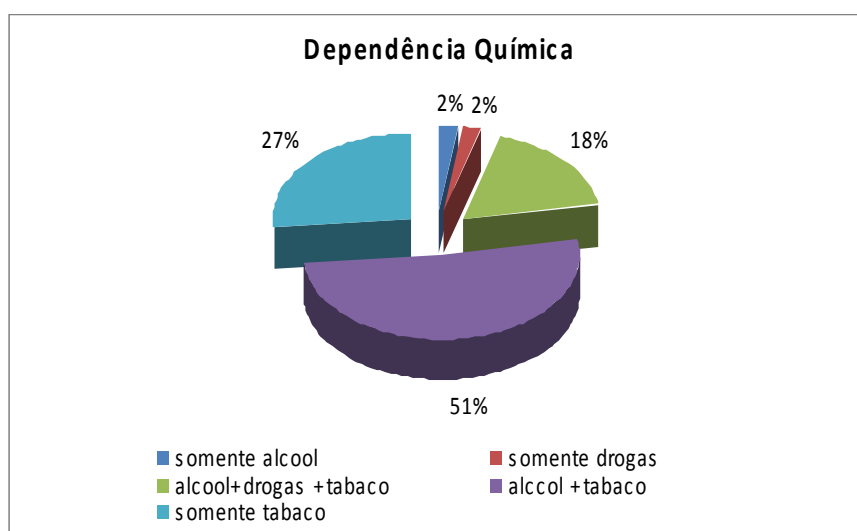


Fonte: Nogueira, F. da G. P. Pesquisa de Campo: Setembro/2007 - Maio/2008.

Gráfico 4: Distribuição por faixa etária

É importante observar que, alguns estudos e pesquisas, tanto no Brasil como em outros países, principalmente os Estados Unidos, já apontam para o envelhecimento da população de rua. O aumento da média de idade dos moradores de rua parece ser uma tendência nas grandes cidades. Ainda não se pode falar em dados de maior abrangência sobre esta questão; os levantamentos realizados apenas apontam esta tendência.

Em outro polo, observa-se a idade precoce em que a população de rua adoece: cerca de 50 % da faixa etária que vai dos 18 aos 45 anos de idade. Podemos dizer que este paciente quando chega ao hospital sem qualquer identificação, geralmente é descrito por suas características físicas: cor e idade, por exemplo: “mulher negra + ou – 35 anos”. Geralmente quando a identificação acontece constata-se uma idade muito aquém daquela atribuída a partir de suas características físicas.



Fonte: Nogueira, F. da G. P. Pesquisa de Campo: Setembro/2007 - Maio/2008.

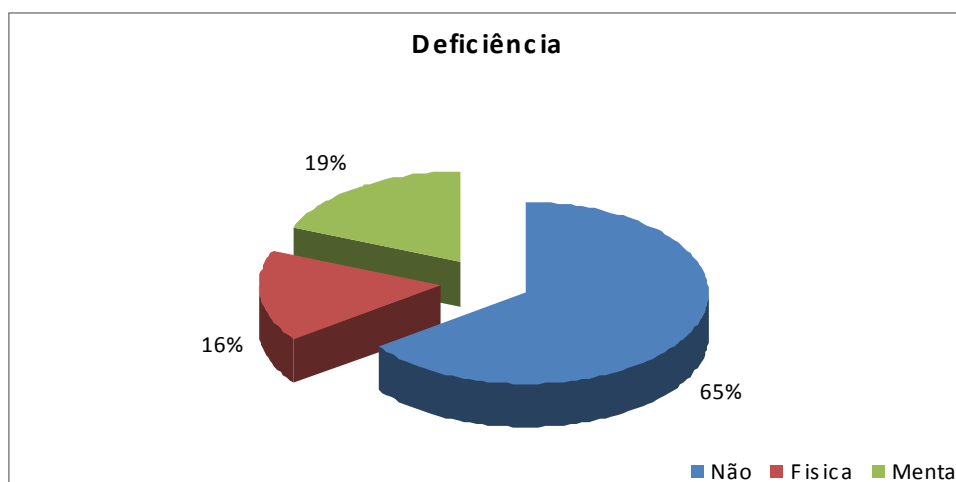
Gráfico 5: Distribuição dos pacientes moradores de rua hospitalizados por dependência química

Entre os moradores de rua, verificou-se que o uso de drogas está sempre presente, na maioria das vezes através de um combinado de substâncias. Os tipos mais usados são os tabacos e os álcoois, talvez pelo baixo custo e pelas facilidades de aquisição. Um fator que pode estar associado ao baixo percentual de repostas positivas em relação ao uso de outras drogas (tais como maconha, cocaína, “crack”), seja o fato da ilegalidade das mesmas.

Pode-se observar que há uma grande incidência de doenças desenvolvidas em função do etilismo ou como causador de quedas, atropelamentos, brigas ou como processo degenerativo ocasionado pelo consumo por longo tempo e em alta quantidade. O álcool e as drogas fazem parte da realidade das ruas; são elementos com múltiplas funções: facilitam a socialização, aquecem no frio, “anestesiaram dores”, ainda que também estejam na origem de brigas e conflitos.

Certamente a reprovação moral da sociedade em torno do consumo abusivo de bebidas alcoólicas é um dado verificável, principalmente no contexto da sociedade ocidental. A pesquisadora Delma Pessanha Neves (2004) apresenta questionamentos a respeito destas mediações e possibilidades conceituais.

“Há uma referência consagrada à associação do uso do álcool às massas trabalhadoras, razão pela qual ou construção com base na qual são legitimadas as intervenções ou sua preconização. De um modo positivo, a associação tende a valorizar a relação entre precárias e adversas condições de trabalho e uso sistemático ou abusivo de álcool. De um modo negativo, a associação tende a consagrar a articulação entre uso abusivo de bebida alcoólica e imprevidência individual, incompatível com desempenhos de papéis de esposo, companheiro e pai. Como a ingestão de bebida alcoólica, mesmo a considerada abusiva, constitui um ato social, a qualificação do abuso nada mais é que a denúncia coletiva da transgressão das regras a ele inerentes. _ (...) A possibilidade social da embriaguez induz à construção de regras restritivas, tanto pelo bebedor abusivo como pelos que o condenam. Essas regras são também internalizadas pelo alcoólatra, como demonstra sua presença fugidia no bar ou a sua solidão e o diálogo supostamente consigo mesmo. Portanto, o beber qualificado como excessivo não pode ser compreendido apenas pela perspectiva da doença e do desvio ou tão somente pelo ato individual. Os padrões do uso do álcool, suas funções e significados são consoantes ao contexto cultural em que o ato de beber ocorre, mesmo que outros fatores também devam ser considerados, porque produzem importantes resultados bioquímicos, fisiológicos e farmacológicos. (Neves, 2004: 5-6)



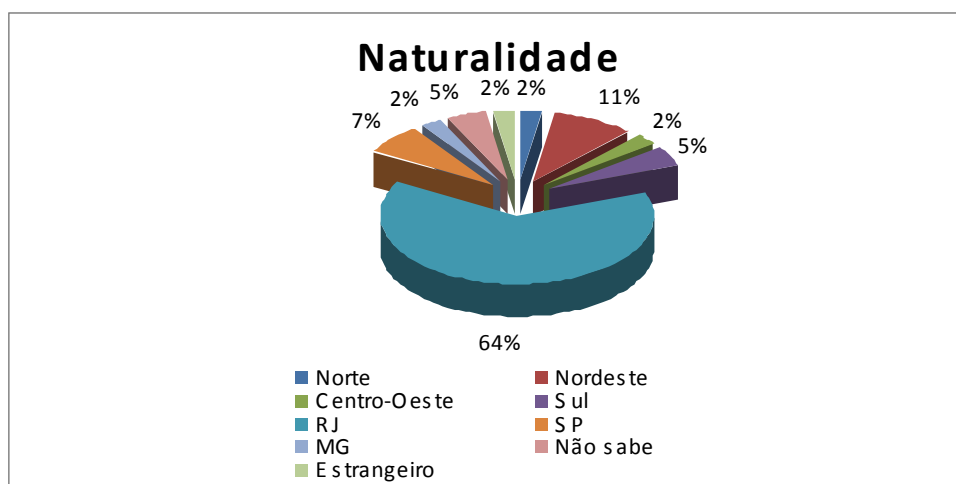
Fonte: Nogueira, F. da G. P. Pesquisa de Campo: Setembro/2007 - Maio/2008.

Gráfico 6: Portadores de deficiência

Buscamos também verificar o percentual de moradores de rua internados que possuíam algum tipo de deficiência física e / ou mental. Constatamos que, a maioria, 65%, não possuem qualquer tipo de deficiência, e 35% apresentam algum tipo de deficiência física ou mental.

Estudos atuais demonstram que uma parcela significativa da população de rua encontra-se com sofrimentos psíquicos, sejam eles anteriores ou posteriores à “rualização”. Com a reforma psiquiátrica, uma das questões que surgiram diz respeito ao aumento (ou não) de moradores de rua em função da “desospitalização” e do atendimento destes pacientes nos hospitais gerais, pilares conceituais da reforma psiquiátrica. Diversos outros dispositivos foram criados em substituição à internação, tais como CAPS – Centro de Apoio Psico-Social, Hospitais-Dia, Residências Terapêuticas; porém, o acesso a esses equipamentos e serviços para moradores de rua se faz ainda incipiente.

O morador de rua com transtorno mental que necessite de ajuda do Estado, certamente encontrará ações fragmentadas que visarão ou só o atendimento clínico, ou só o apoio social. Este tipo de organização desarticulada impede que o tratamento ocorra de forma contínua e que, efetivamente, se trabalhem as causas do problema.



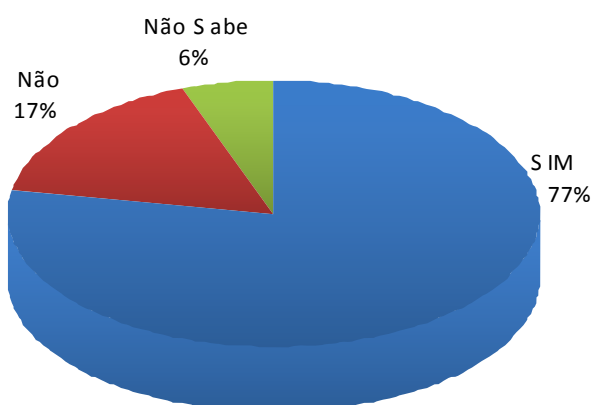
Fonte: Nogueira, F. da G. P. Pesquisa de Campo: Setembro/2007 - Maio/2008.

Gráfico 7: Distribuição por naturalidade

Entre os entrevistados, a maioria declara ser do estado do Rio de Janeiro, sendo distribuídos por áreas da Baixada Fluminense, Grande Rio e Região Metropolitana, perfazendo um total de 64%. A região Nordeste aparece com um percentual de 11% dos entrevistados.

Verifica-se, portanto, que o Rio de Janeiro é responsável pela produção de sua cota de miseráveis. Esse dado é também ratificado pelo levantamento realizado pela Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro.

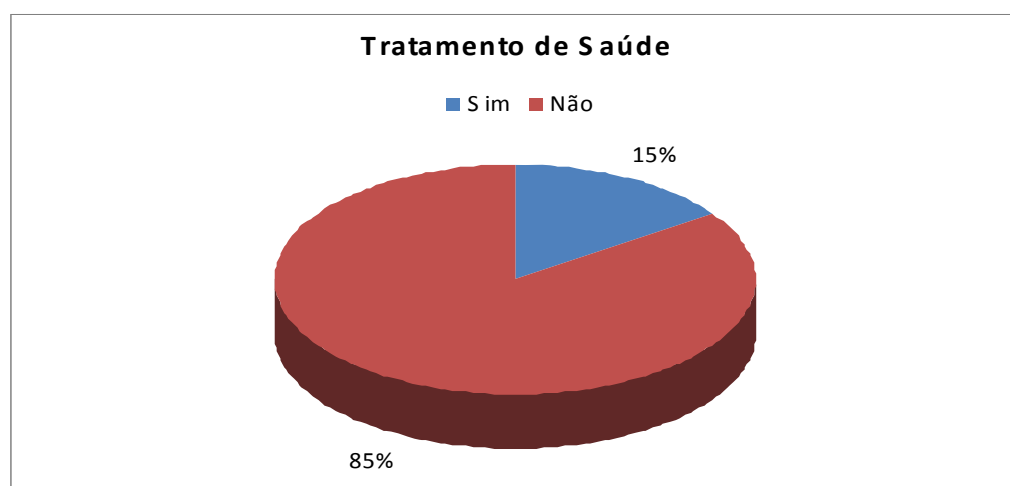
Já esteve em instituição assistencial



Fonte: Nogueira, F. da G. P. Pesquisa de Campo: Setembro/2007 - Maio/2008.

Gráfico 8: Vínculo institucional

Esse gráfico é extremamente interessante e revelador pois significa que, em algum momento, os entrevistados passaram por algum serviços assistencial. O tipo de inserção nestas instituições pode revelar o grau de institucionalização desses moradores de rua. Entre eles, há aqueles que foram internados em abrigos desde a infância e outros que, já na fase adulta, foram abrigados por curtos ou longos períodos. O uso deste recurso parece já estar mapeado pelo conjunto dessa população e orienta muitas vezes as decisões e as resistências deles em relação à “aceitação” ou não aos possíveis encaminhamentos: “lá eu já conheço”. Ou seja, este segmento apresenta-se altamente desafiado e, ao mesmo tempo, institucionalizado.



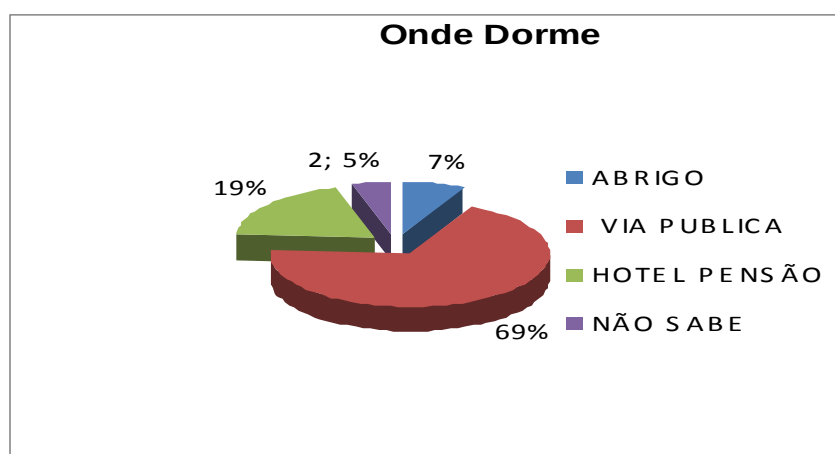
Fonte: Nogueira, F. da G. P. Pesquisa de Campo: Setembro/2007 - Maio/2008.

Gráfico 9: Pacientes que realizam tratamento de saúde

Em termos de tratamento de saúde, observamos que a maioria não frequenta nenhum tipo de instituição de saúde. Tal dado confirma o distanciamento das políticas de saúde voltadas para esta população. Com relação aos 15% que declaram algum vínculo com as instituições de saúde cabe mencionar que, em todos os casos, trata-se de hospitais psiquiátricos.

O Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ), em parceria com o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB) e o Centro de Triagem de População de Rua (CTPR) da Fundação Leão XIII, criaram o Projeto de Atenção Psicossocial de População em Situação de Rua no ano 2000. Neste projeto cada uma destas instituições-parceiras tem sua atribuição definida.

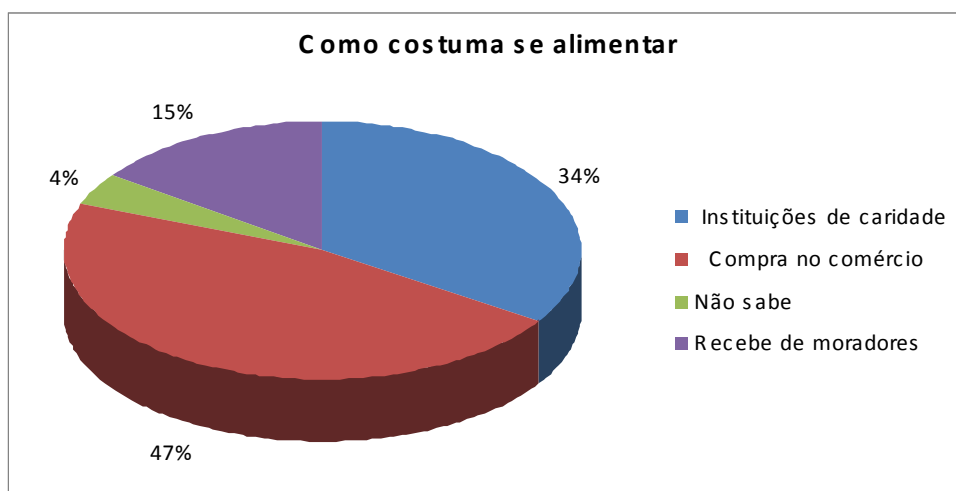
Cabe ao Centro de Triagem de População de Rua (CTPR), a recepção e a avaliação médica da população acolhida na instituição. Após o diagnóstico positivo para o distúrbio mental dado pelo psiquiatra da instituição, o morador de rua é encaminhado para avaliação sobre seu possível ingresso no Projeto que funciona no CPRJ. Vale ressaltar que a instituição disponibiliza 20 vagas para o abrigamento de usuários já inseridos no Projeto por um período de três meses. O Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ) oferece as instalações do hospital-dia, do ambulatório e das enfermarias (caso precise) e seus profissionais (assistente social, psicólogos e os professores que ministram as oficinas terapêuticas) para o atendimento desse público do Projeto.



Fonte: Nogueira, F. da G. P. Pesquisa de Campo: Setembro/2007 - Maio/2008.

Gráfico 10: Distribuição por locais onde costumam dormir

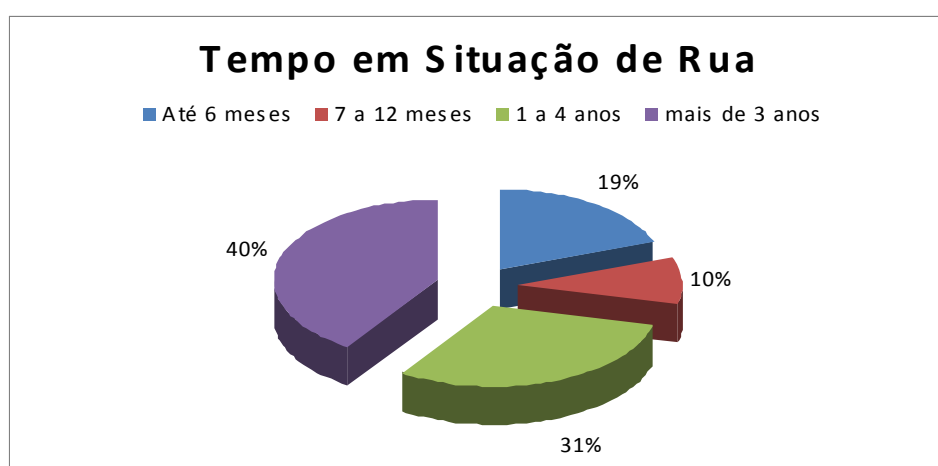
Quando indagados onde costumam dormir, a via pública aparece em 69% dos casos. Apenas 7% do total estavam abrigados no momento da internação. Hotéis e pensões surgem em 19% das respostas e se configuram como uma alternativa muito mais acessível para aqueles que estão nas ruas do que os próprios abrigos públicos. Diferentemente destes, os hotéis e pensões são pagos e impessoais, sem contrapartidas, ou seja, garantem que sua rotina de vida não sofra alterações.



Fonte: Nogueira, F. da G. P. Pesquisa de Campo: Setembro/2007 - Maio/2008.

Gráfico 11: Distribuição por formas de obter alimentação

Na área do fornecimento de alimentos é onde emerge de forma mais nítida a atuação da sociedade civil, através de diferentes atores e organizações: as organizações de caridade totalizam 34%. O acesso à alimentação através de doações de moradores dos locais onde costumam ficar, somam 15%. A compra no comércio local, ganha destaque, enquanto modo predominante de acesso à alimentação, constituindo cerca de 47% dos casos.



Fonte: Nogueira, F. da G. P. Pesquisa de Campo: Setembro/2007 - Maio/2008.

Gráfico 12: Distribuição por tempo vivendo nas ruas

O tempo de rua é um dado de realidade que serve para analisarmos o quanto estas pessoas se distanciaram de seu grupo familiar. Pode-se observar, e outros estudos também demonstram esta característica, que quanto maior o tempo nas ruas, maior é o afastamento com o grupo familiar. Vieira, Bezerra e Rosa (1994) identificam três situações em relação à permanência na rua:

- as pessoas que *ficam* na rua: configuram uma situação circunstancial que reflete a precariedade da vida (pelo desemprego, recém-chegados em busca de trabalho, ou de parentes e tratamento de saúde). Nesses casos, costumam passar a noite em rodovias, albergues ou locais públicos em movimento.

- as pessoas que *estão* nas ruas: são aquelas que já não consideram a rua tão ameaçadora e, em razão disso, passam a estabelecer relações com as pessoas que nela vivem, na ou da rua, assumindo como estratégia de sobrevivência a realização de pequenas tarefas com algum rendimento. Guardadores de carro, carregadores de carga, catadores de papel ou latinhas.

- as pessoas que *são* da rua: vivem nas ruas há muito tempo, em função disso foram sofrendo um processo de debilitação física e mental, especialmente pelo uso do álcool e das drogas, pela alimentação deficitária.

Embora esta pesquisa não tenha registrado um número expressivo de reincidências, ou seja, recorrência do mesmo usuário à mesma unidade foi possível constatar que há um percurso anterior marcado por atendimentos em diversos outros hospitais de emergência do município, incluindo-se a emergência psiquiátrica. A quase inexistência de referenciais acerca de outros tipos de assistência em saúde explicita esta realidade.

Tabela 3: Os vínculos familiares

Tipo de vínculo	Não	Sim	Mantém contato
Conheceu os pais	15%	85%	5 %
Possuem referências familiares: irmãos, tios, avós etc.	64%	36%	15%
Possui filhos	45%	55%	6 %

Fonte: Nogueira, F. da G. P. Pesquisa de Campo: Setembro/2007 - Maio/2008.

A observação destes dados no que se refere aos laços familiares de maior solidez-*relação pai-mãe- filho-* indica: Apesar de 85% terem conhecido seus pais, apenas 5% mantém contato com eles. Obviamente, esse dado pode estar relacionado à idade dos pacientes internados onde 71% são acima de 35 anos. Entretanto em relação a seus filhos, 55% os possuem, mas apenas 6% mantêm contato com os mesmos.

O estabelecimento de vínculos é próprio do ser humano e a família, como grupo primário, é o lócus para a concretização desta experiência. A confiança que o indivíduo tem de que pode estar no mundo e estar bem entre os outros lhe é transmitida pela sua aceitação dentro do grupo familiar. A família é, portanto, uma construção social que varia segundo as épocas, permanecendo, no entanto, aquilo que se chama de "sentimento de família" (Amaral, 2001).

Para Kaloustian & Ferrari (1994), a família é lugar fundamental para a sobrevivência e proteção dos filhos e demais membros, independente da disposição familiar. Na família são constituídos os aportes afetivos e, sobretudo, materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus membros. Ela

desempenha papéis na educação formal e informal e na transmissão de valores éticos, morais, culturais e de solidariedade.

Sarti (1996) afirma que a família não é apenas o elo afetivo mais forte dos pobres, o núcleo da sua sobrevivência material e espiritual, o instrumento através do qual viabilizam seu modo de vida, mas é o próprio substrato de sua identidade social.

Uma das principais características da existência de uma família é a convivência sob a mesma casa onde se compartilha um determinado modo de vida. Como afirma Sarti (1996), a família compreende a casa; a casa está, portanto, contida na família.

Para a família pobre, marcada pelas adversidades materiais e existenciais, a casa representa um espaço também situado no campo da privação, da instabilidade e desgaste dos laços afetivos e de solidariedade. Segundo Gomes (2003), no momento em que a casa passa a não exercer o papel de acolhimento e proteção tornando-se espaço de conflito, a reconstrução dos laços se torna fragmentada, uma vez que esta família não dispõe do apoio necessário ao enfrentamento das adversidades. A realidade das famílias pobres não é propulsora do desenvolvimento saudável de seus membros, uma vez que seus direitos não são respeitados.

Petrini (2003) afirma que as famílias pobres encontram dificuldades para cumprir satisfatoriamente suas tarefas básicas de socialização e de amparo/serviços aos seus membros e, portanto, estão suscetíveis a uma maior vulnerabilidade em que a sustentação dos vínculos é dificultada.

A busca pela sobrevivência empurra os membros das famílias pobres a uma ida precoce para as ruas e essa situação, inicialmente temporária, pode se estabelecer à medida que as articulações na rua vão se fortalecendo, ficando o retorno cada vez mais distante.

O rompimento dos vínculos produz dor e fragilidade e é possível afirmar que a situação de esgarçamento dos vínculos familiares resulta da miserabilidade a que estão sujeitas as famílias, sendo esta a mola propulsora para a sua desestruturação.

A política de saúde vem dando destaque para a priorização das ações no nível da família como forma de integração e dinamização das diversas políticas sociais, resultando no Programa Saúde da Família, apoiado pelo Ministério da

Saúde (MS). Porém, se a crescente importância da família nas políticas sociais brasileiras, nos anos 90, surge como uma conquista deve-se, ao mesmo tempo, ter o entendimento de que, para diversos outros problemas, a família não se configura como elemento mediador. Os conflitos, existentes principalmente para os membros que não possuem família ou que vivendo situações de subalternidade, tornam constrangedora a abordagem conjunta de alguns problemas.

Portanto, a família é apenas uma das instâncias de resolução dos problemas individuais e sociais e os serviços públicos devem ser flexíveis para responder, de modo diferenciado, às diversas formas de apresentação dos problemas.

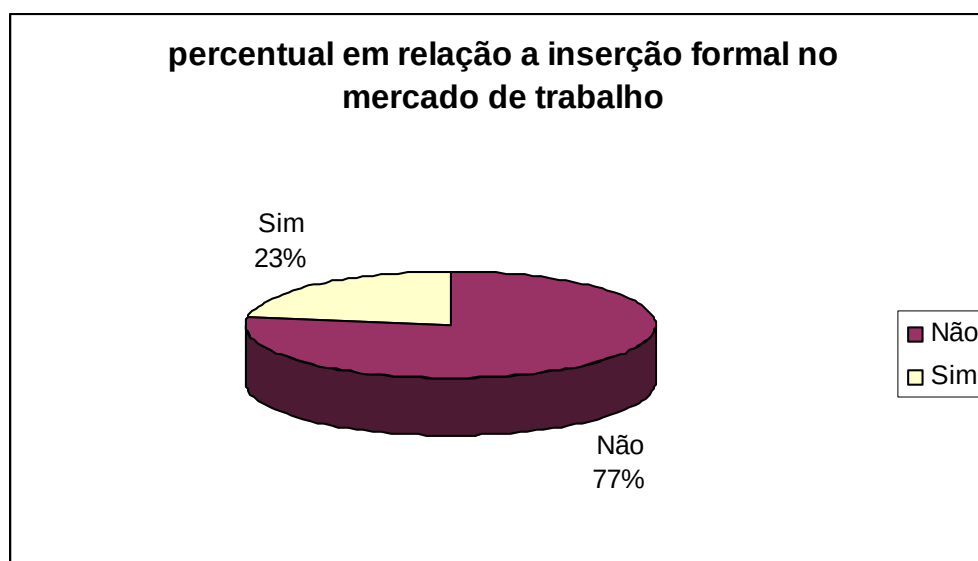
No momento da hospitalização fica ainda mais difícil acessar estas referências em função da recusa do próprio usuário ou em função da impossibilidade física (dificuldades de comunicação, perda de memória e estados de coma).

A resistência em falar sobre a família é outra característica que observamos: a maioria prefere dizer que “não tem ninguém” ou “sou sozinho”, o que muitas das vezes inviabiliza a possibilidade de conhecermos a história destas pessoas. A vergonha é outro dado a ser considerado quando o assunto é família. A maioria prefere que seu grupo familiar não saiba de sua condição de morador de rua, principalmente quando se trata de seus filhos. Esta pode ser inclusive uma das razões para a baixa porcentagem de pacientes (apenas 6%) que declararam ter ou manter contato com os filhos, apesar de 55% deles serem pais ou mães.

A vergonha é uma emoção que envolve uma consciência de si. Para sentir vergonha, a pessoa deve comparar-se a algum referencial próprio ou a outras pessoas que lhe sejam significativas. Este caráter cognitivo da vergonha pode surgir a partir da interpretação pessoal negativa que o indivíduo faz de uma situação em que está envolvido (relacionada a julgamento que faz de si e de seus valores, regras e objetivos pessoais). Aliando vergonha e fracassos pessoais, podemos supor que o morador inflige a si próprio uma auto exclusão familiar.

Para o paciente morador de rua a possibilidade de resgate dos vínculos familiares pode significar a diferença entre uma possível recuperação de seu estado de saúde e a degradação fatal da mesma, dependendo da gravidade de sua condição física. Portanto, em tais condições, o esforço em se tentar trabalhar com

o viés da reinserção familiar se torna uma imposição, fruto da ausência de uma rede de suporte para estes casos.



Fonte: Nogueira, F. da G. P. Pesquisa de Campo: Setembro/2007 - Maio/2008.

Gráfico 13: Inserção formal no mercado de trabalho

O desemprego, enquanto categoria é produto de uma constituição social. Segundo dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 1999, um em cada três trabalhadores, no mundo, encontrava-se na situação de desemprego ou exercendo atividades de sobrevivência, o que não deixa de ser uma condição disfarçada de desemprego.

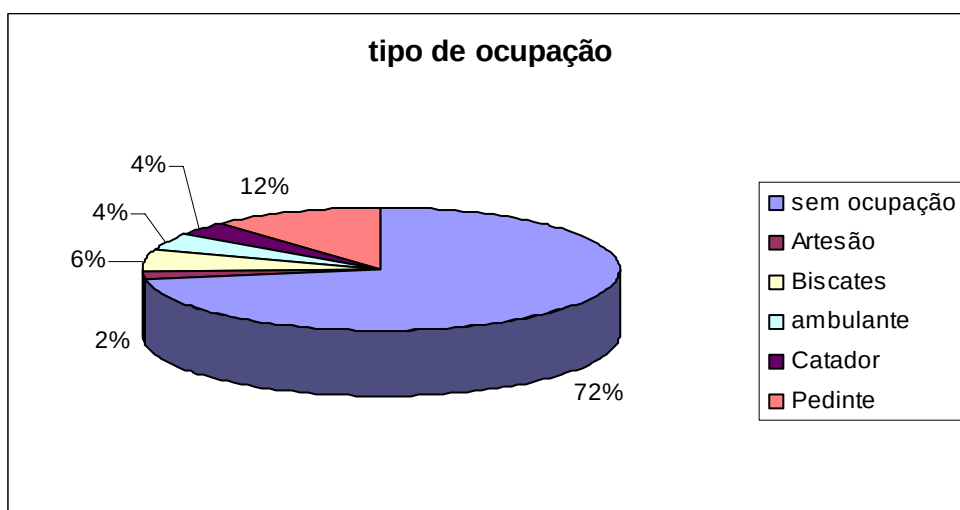
A procura de emprego tem sido uma busca cada vez mais demorada e difícil. Na literatura, existe o conceito de desemprego registrado ou aberto, distinguindo um grupo de pessoas sem emprego e que assim o manifestam se candidatando para ocupar determinada colocação no mercado de trabalho. Este segmento corresponde ao de pessoas que buscam ativamente por um emprego, estando em condição de exercê-lo prontamente.

Assim, o outro grupo da população ativa que supera as necessidades e exigências do mercado conforme um conjunto de mão-de-obra excedente. A parte mais visível deste excedente é identificada pelo desemprego aberto, enquanto a parte menos visível é representada na classificação do desemprego estimado ou oculto (POCHMANN, 2001). O desemprego estimado abrange os subempregados e outras pessoas que encontram modos alternativos de sobrevivência.

Há um entendimento de que a população economicamente ativa engloba três grandes grupos: os ativos com um emprego, os ativos desempregados e à margem do mercado de trabalho e ainda, os inativos (que não procuram ativamente um emprego).

Obviamente no que prescrevem os requisitos apontados como importantes para o perfil de um candidato, surgem as denominadas “competências pessoais” e outras tantas “competências profissionais”, aparecendo como fator normalmente determinante de rejeição de candidatos, a ausência de tais competências. Nesse cenário de competitividade, supõe-se que só terão uma oportunidade aqueles indivíduos com maior número de qualidades. Nesse ideário, são valorizados os discursos que fazem referências aos níveis de qualificação profissional, escolaridade e um amplo quadro de competências para o trabalho.

Recortando esta discussão para o universo da população de rua, devemos considerar que este segmento, em geral apresenta baixos níveis de escolaridade e qualificação profissional, ou seja, as ditas competências pessoais e profissionais apresentam-se deficitárias para os padrões do mercado de trabalho. Portanto, toda e qualquer política que esteja voltada para a inserção deste segmento no mercado de trabalho não pode deixar de considerar tais exigências.



Fonte: Nogueira, F. da G. P. Pesquisa de Campo: Setembro/2007 - Maio/2008.

Gráfico 14: Tipos de ocupação

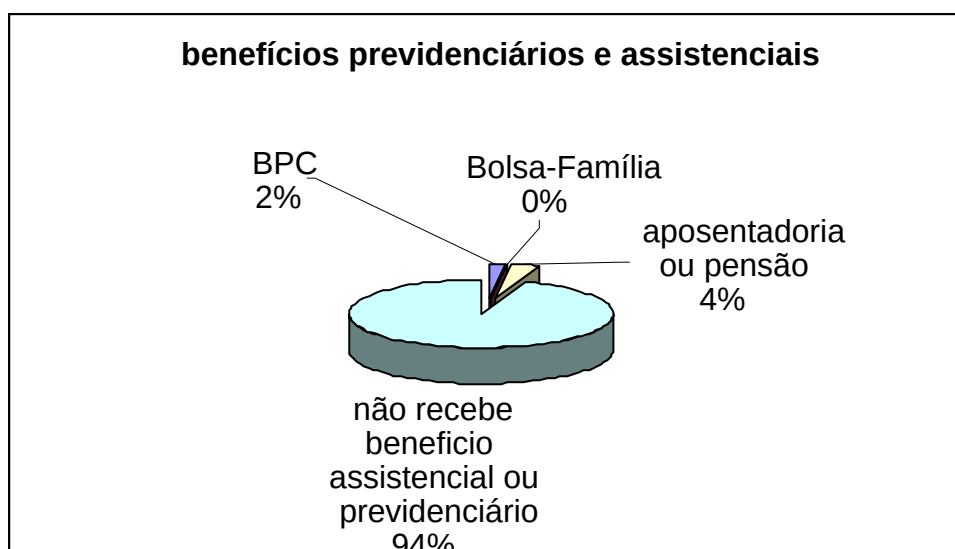
A maioria dos entrevistados nunca participou do mercado formal de trabalho, pelo menos em algum momento de suas vidas, (77% do conjunto dos entrevistados). Estes dados revelam características relacionadas a uma inserção

precarizada, ou seja, através de subempregos. Desse grupo, 23% declaram já ter tido carteira assinada. Composto este grupo estão aqueles desempregados ex-trabalhadores e pessoas que sequer tiveram a oportunidade de ingressar no mercado de trabalho formal.

Segundo Neves (1983), a mendicância como fenômeno social pode ser estudada a partir do conceito de *reprodução social* da classe trabalhadora. Para a autora, o trabalho e a mendicância aparecem como recursos complementares capazes de suprir, mesmo que precariamente, a sobrevivência destes ex-trabalhadores. A autora considera que estes recursos aparecem “disfarçados”, uma vez que não são legitimados pelo Estado, ou pela sociedade.

Nas palavras de Bauman, o desemprego era tido como algo que fugia à normalidade, situação temporária e transitória. E hoje, o desemprego deixou de ser um ‘lapso momentâneo’, passou a ser uma “redundância”. Para os moradores de rua, o desemprego aparece como mais um capítulo em sua trajetória de vida desafortunada. Sem formação, experiência, qualificação e sem saúde física e mental, ingressar ou regressar ao competitivo mundo do trabalho é algo “surrealista”.

Ser “redundante” significa ser extranumerário, desnecessário, sem uso, _ quaisquer que sejam os usos e necessidades responsáveis pelo estabelecimento dos padrões de utilidade e de indispensabilidade. Os outros não necessitam de você. Podem passar muito bem, e até melhor sem você. Não há uma razão auto-evidente para você existir nem uma justificativa óbvia para que você reivindique o direito a existência. Ser declarado redundante significa ter sido dispensado pelo fato de ser dispensável _ tal como a garrafa de plástico vazia e não-retornável, ou a seringa usada, uma mercadoria desprovida de atração e de compradores, um produto abaixo do padrão, ou manchado, sem utilidade, retirado da linha de montagem pelos inspetores de qualidade. Redundância compartilha o espaço semântico de “rejeitos”, “dejetos”, “restos”, “lixo” _ com refugo. O destino dos desempregados, do “exército de reserva de mão-de-obra”, era serem chamados de volta ao serviço ativo. O destino do refugo é o depósito de dejetos, o monte de lixo. (2004, p.20)



Fonte: Nogueira, F. da G. P. Pesquisa de Campo: Setembro/2007 - Maio/2008.

Gráfico 15: Tipos de benefícios recebidos

Deste grupo relacionado na pesquisa, apenas 4% declara receber algum tipo de benefício previdenciário (aposentadoria por invalidez), o que é consequência direta da não inserção no mercado formal de trabalho. Mas mesmo os benefícios assistenciais (que são não- contributivos) estão igualmente ausentes. Assim, não foi encontrado dentro do grupo estudado nenhum usuário do “Bolsa-Família”, como um Programa destinado às camadas mais empobrecidas da população. Com relação ao BPC – Benefício de Prestação Continuada, apenas 2% do grupo o recebia¹¹.

Inscrito na LOAS, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) - o primeiro mínimo social brasileiro garantido constitucionalmente - fortalece o aspecto de provisão social que assegura direitos independentemente do vínculo de trabalho. O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um benefício social, de caráter temporário, destinado a pessoas portadoras de deficiência (PPD) com comprovada incapacidade para o trabalho e para a vida independente voltado para idosos acima de 65 anos, cuja renda familiar per capita (tanto no caso de idosos quanto das PPD) seja inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo vigente. O BPC foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei 8.742 de 07 de

¹¹ Em relação ao Benefício de Prestação Continuada, este benefício foi requerido pela equipe do serviço social do Hospital em função da longa permanência da paciente no aguardo de uma vaga na rede de abrigos. No entanto, ela veio a falecer, portanto não chegou a usufruir o benefício.

dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS) que veio a suprir a renda mensal Vitalícia (RMV).

Para a concessão do BPC, os idosos acima de 65 anos¹² ou portadores de deficiência, têm que comprovar a renda familiar per capita inferior a 1/4 do salário mínimo. Para o portador de deficiência, além da renda, é preciso comprovar sua incapacidade para vida independente e para o trabalho (LOAS, 1993).

O decreto 3.298 de 20/12/1999 atribui o conceito de “deficiência”, como “aquela que apresenta, em caráter permanente, perda ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gera incapacidade para o desempenho de atividades, dentro do padrão normal para o ser humano”. Assim, para concessão do benefício, a PPD deve não só comprovar sua renda, mas ainda se submeter a exame médico-pericial, realizado pelo INSS.

De acordo com a proposição do SUAS¹³, o Benefício de Prestação Continuada estaria situado no âmbito do sistema de proteção básica, que visa a prevenir situações de risco de famílias e pessoas com quadro de vulnerabilidade social, bem como desenvolver potencialidades e fortalecer vínculos que ainda não foram rompidos.

A lei determina que o BPC seja submetido à revisão a cada dois anos, para averiguar se as condições que deram origem a ele se mantêm ou não. O processo de revisão do BPC é contínuo e compreende duas etapas: a avaliação social e a médico-pericial.

Podemos observar que, para este grupo de adultos, há uma lacuna nas definições dos benefícios e beneficiários. O BPC é claramente um benefício que visa a manutenção do grupo familiar que ainda se mantém integrado. Tanto o “Bolsa-Família” quanto o BPC, não atingem este segmento, primeiramente pela

¹² Inicialmente a idade para ingresso dos idosos no BPC era de 70 anos, mas o Decreto 1.744 de 8/12/95 já previa sua redução para 67 anos a partir de 01/01/1998 e para 65 anos a partir de 01/01/2000 (artigo 40). De fato, a Lei 9.720 de 30/11/1998 reduziu a idade de concessão do BPC à pessoa idosa para 67 anos de idade enquanto a Lei 10.741 de 01/10/2003, que dispõe sobre o estatuto do idoso, fixou a idade mínima para concessão do BPC aos idosos em 65 anos de idade (artigo 34).

¹³ Na concepção do SUAS, o sistema de proteção social compreende diferentes níveis assistenciais. Em um primeiro nível, situa-se a denominada Proteção Social Básica, cujos serviços deverão ser executados de forma direta nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e de forma indireta, nas entidades de Assistência Social. Além desse nível, o SUAS compreende a Proteção Social Especial que prevê duas modalidades de atendimento: a proteção especial de média e a de alta complexidade, que deverão ser desenvolvidas, preferencialmente, por meio dos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS).

burocracia que envolve o requerimento do benefício, ou seja, documentação, comprovante de residência; em segundo lugar, pelos critérios de elegibilidade tais como: idade, doenças do tipo incapacitantes para o trabalho e para o exercício das atividades diárias e civis.

Baumam (2004), para exemplificar a forma com que o Estado trata o seu *refugo de seres humanos*, recorre ao modelo de *homo-saucer* (antigo direito romano): a vida do *homo-saucer* é desprovida de valor, seja na perspectiva humana ou divina, seja pelo conjunto de leis.

A lei jamais alcançaria a universalidade sem o direito de traçar o limite de sua aplicação, criando, como prova disso, uma categoria universal de marginalizados/excluídos, e o direito de estabelecer um “fora dos limites”, (...) Do ponto de vista da lei, a exclusão é um ato de auto-suspensão. Isso significa que a lei limita sua preocupação com os marginalizados e excluídos para mantê-lo fora do domínio governado pela norma que ela mesma circunscreveu. A lei atua sobre essa preocupação proclamando que o excluído não é assunto seu. Não há lei para ele. A condição de excluído consiste na ausência de uma lei que se aplique a ele. (Baumam, 2004: 43)