

Considerações Finais

A pesquisa realizada junto a moradores de rua hospitalizados apontou para as fragilidades ainda marcantes no sistema de atendimento a este segmento. A ampliação dos serviços assistenciais tanto em variedade quanto em número de vagas cresceu muito nos últimos anos (Hotéis, Abrigos, Albergues e Repúblicas); porém, ainda demonstra-se deficitária. O atendimento ainda é marcado pela demora, filas de espera além das próprias resistências dos usuários em aceitar o encaminhamento para alguns desses locais, cuja experiência anterior lhes foi desagradável, desgastante e/ou dolorosa. Se a vida na rua tem seus desgastes, a experiência institucional (em equipamentos assistenciais, de saúde psiquiátrica; ou correccionais) lhes parece infinitamente pior. Talvez a observação do profissional de saúde entrevistado (medico) pela qual “os pacientes querem permanecer nas emergências” se justifique pela dimensão de “estarem em um local onde estão, de alguma forma, sendo tratados ou objeto de cuidados”.

Embora já exista no Rio de Janeiro uma rede de serviços assistenciais estruturada para atender esses usuários, tais serviços não se conectam com as unidades de saúde. Este foi um dos pontos que a pesquisa desvelou. Constata-se que os avanços na área de assistência não se estendem às necessidades do morador de rua em situação de adoecimento. A condição de perda da saúde, limitação motora, transtornos mentais, sequelas e usos de próteses não encontram lugar na rede de abrigos.

A pesquisa pôde demonstrar que o grupo observado está totalmente excluído de praticamente todos os programas sociais públicos sejam eles contributivos (previdenciários) ou não contributivos (Programas Bolsa-Família e BPC.) A rigor, trata-se de um grupo social que “não se consegue corresponder” às enormes exigências burocráticas para o acesso aos diferentes programas e benefícios. Eles não se enquadram no perfil destinado a tais benefícios prestados pelo Poder Público. Sendo assim, a inclusão social destes grupos á benefícios formais se torna inatingível e acabam permanecendo como excluídos das políticas públicas de implementação formal, da cidadania e das garantias constitucionais.

Conforme o Atlas da Exclusão Social (Unicamp, 2003) que apresenta a geografia da exclusão social no Brasil, existe uma velha e uma pós-moderna forma de exclusão social, termos utilizados para designar a nova forma de inclusão governamental baseada em "pobres reconhecidos" onde são considerados índices de pobreza e desenvolvimento humano, IDH. Neste caso, o propalado crescimento do IDH brasileiro demonstra que se de um lado conseguimos alimentar, dar educação, dar saúde básica, em forma insuficiente, para os recém incluídos, de outro, também conseguimos excluir e segregar ainda mais os que já estavam em uma condição de exclusão. A implementação de políticas públicas de inclusão não pode fechar os olhos para o crescimento da marginalização, exclusão e segregação deste segmento pois como parte da população possuem os mesmos anseios humanos que qualquer individuo dito reconhecido.

Com relação ao adoecimento da população de rua, a marca da violência está muito presente, seja por brigas no interior dos agrupamentos ou por conta de atropelamentos e agressões, somado ao desgaste provocado pela própria vivência nas ruas. Estas situações compõem um número significativo de atendimentos hospitalares e, nos casos de agressões e atropelamentos, dificilmente geram algum tipo de registro ou investigação policial, muito menos indenizações e apuração de responsabilidades.

O morador de rua que já não dispõe das referências que constituem a sua identidade tais como o trabalho, casa e a família o que lhe resta é próprio corpo enquanto instrumento de mediação imediata entre o eu e o mundo. A auto-referência o faz enxergar-se através dos mesmos estereótipos que lhe é imputado. O uso do álcool funciona então como um amortecedor para quem esta nas ruas e é alvo de estigma e preconceito em tempo integral. O alcoolismo foi constatado de forma quase absoluta no grupo observado. A degradação causada pela utilização da bebida alcoólica é verificada tanto pelas condições físicas que essa dependência ocasiona quanto nas relações sociais que foram comprometidas por este uso.

Os processos de admissão, permanência e alta demonstraram que o acesso ocorre em quase sua totalidade pela linha vermelha do hospital. "Linha vermelha" significa chegar ao hospital em estado considerado grave. Constatamos que o acesso à saúde é impulsionado pela fatalidade que, do ponto de vista da exclusão social, é uma realidade trágica a que tais grupos estão submetidos.

Os profissionais entrevistados disseram que os moradores de rua somente permanecem no hospital após a alta para obter alimentação, banho e abrigo. Acreditamos que embora o dado se aplique, em muitos dos casos verificamos que tal permanência, na realidade, estava vinculada tão somente à própria impossibilidade de deslocamento e em função das más condições de saúde.

A reinserção familiar destes grupos em condição de adoecimento revelou-se muito mais expressiva em termos de sua representatividade do que em termos numéricos. Nos poucos casos em que a reinserção familiar se concretizou, foi possível perceber que a simples possibilidade de reencontro figurou-se como um elemento que “renovava as forças”, reativava a memória e a fala. Para estes casos, a doença, fator negativo, passou a significar um dado importante na aceitação de uma reaproximação do familiar.

O morador de rua hospitalizado nunca é apenas um paciente; antes de tudo, ele é visto e tratado como um “paciente social” pela Instituição. A condição social de morador de rua sobrepõe-se, na maioria das vezes, à doença que ocasionou a internação. Condição esta que demonstra tensões, em que o Serviço Social aparece como principal mediador.

A responsabilização de um único profissional e a principal característica da relação entre o paciente morador de rua e seu processo de internação hospitalar. Mais do que uma articulação entre diferentes políticas sociais, aponta para uma necessidade de humanização destas relações e pela necessidade de articulação entre as políticas de saúde e de assistência social.

O período em que ficam hospitalizados tende a estender-se em função da própria precariedade das condições de saúde em que chegam. Embora o próprio Sistema Único de Saúde, (*Manual do SIH/SUS, Novembro de 2006*) reconheça que a permanência no hospital pode ocorrer por motivos não exclusivos às questões patológicas, (tais como impossibilidade de vivência sociofamiliar ; por motivo social,) sua permanência é marcada por uma grande rejeição, o que significa dizer que este direito é rechaçado muito mais em função de questões sociais relacionadas à intolerância e ao estigma do que por questões puramente operacionais e legais.

Quanto ao momento da alta médica, embora esta siga um protocolo baseado em critérios técnicos e clínicos, a saída do indivíduo está condicionada a fatores sociais. Novamente a relação alta e saída do paciente é tencionada, seja

pela questão da redução dos leitos ou pelo simples incômodo que este tipo de paciente ocasiona: sujeitos, demenciados, sozinhos e dependentes.

As Casas de Apoio que poderiam representar uma forma de assistência para os moradores de rua com alta e convalescentes. Estas entretanto, restringem o acesso deste segmento principalmente, em casos de doenças crônicas que sugerem uma permanência vitalícia e desprovida de apoio familiar. Tal atitude se mostra contraditória pois, em muitos casos, os pacientes moradores de rua requerem cuidados prolongados, uma vez que apresentam quadros de convalescência e são portadores de múltiplos agravos à saúde. Necessitam de cuidados médico-assistenciais permanentes e de terapia de reabilitação além de cuidados médico- assistenciais com vistas à reabilitação físico-funcional, ou seja, são pacientes que tiveram esgotadas todas as condições de terapia específica.

Criou-se uma série de restrições ao encaminhamento dos moradores de rua para as casas de longa permanência; uma dessas justificativas seria a ausência de documentos e de um responsável que o acompanhe até a casa de apoio e se responsabilize por ele. Entretanto, conforme a portaria do Ministério da Saúde este dado se mostra irrelevante, pois a emissão e a autorização de internação - AIH's dispensam a apresentação de identificação ou de um responsável que o identifique. (PT SAS/MS nº 84/1997). Portanto é necessário que os profissionais de saúde estejam atentos ao que de fato a legislação exige para que estes pacientes não fiquem excluídos de mais esta modalidade de atendimento em saúde.

As frequentes dificuldades vivenciadas por essas pessoas para acessar e manter um tratamento de saúde e expostas nesta pesquisa deve ser um elemento motivador na busca por parcerias que fortaleçam as reivindicações dessa população. O atendimento inicial, mesmo em um hospital de emergência, compreende uma forma de acolhimento que precisa ser repensada. Neste momento em que suas necessidades de saúde mais urgentes são atendidas, existe a oportunidade de encaminhamentos mais adequados para suas queixas.

A parceria com a redes de atendimento social são um importante instrumento de ação, uma vez que o conceito de saúde hoje é mais ampliado é necessário prover não apenas condições atendimento emergencial, mas empenhar-se na recuperação de sua cidadania da população de rua. Ao encaminhar um morador de rua para outros serviços significa romper com o estigma que leva à aceitação de que nada mais se tem a fazer. Neste processo destaca-se a

importância dos profissionais de saúde em também acreditar que é possível cuidar do morador de rua.

O atendimento ao morador de rua no âmbito da saúde certamente é um direito e, embora reconhecendo as dificuldades para a adesão e conclusão do tratamento, cabe ao poder público, ao profissional de saúde e à sociedade, a busca de alternativas para que esta adesão aconteça efetivamente. Na esfera dos hospitais de emergência é certamente um desafio por não se caracterizar como espaço privilegiado de tratamento continuado porém, não se pode descartar sua importância neste processo por ser a “porta-de-entrada” para morador de rua no sistema de saúde. Portanto se faz necessário mobilizar e despertar nestes profissionais, não apenas o interesse em atender essa população, mas também desenvolver a habilidade da escuta, do acolhimento e humanização enquanto instrumentos de trabalho fundamentais.